

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Douglas Luís Weber

**DESLOCAMENTOS INTERNACIONAIS, EDUCAÇÃO E SAÚDE GLOBAL:
OS DISCURSOS BIOPOLÍTICOS QUE PRODUZEM O SUJEITO MIGRANTE**

Santa Cruz do Sul

2017

Douglas Luís Weber

**DESLOCAMENTOS INTERNACIONAIS, EDUCAÇÃO E SAÚDE GLOBAL:
OS DISCURSOS BIOPOLÍTICOS QUE PRODUZEM O SUJEITO MIGRANTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa Educação Cultura e Produção de Sujeitos, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof^a. Dra. Betina Hillesheim

Co-orientador: Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza

Santa Cruz do Sul

2017

W373d Weber, Douglas Luís
Deslocamentos internacionais, educação e saúde global : os discursos biopolíticos que produzem o sujeito migrante / Douglas Luís Weber. – 2017.
145 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Santa Cruz do Sul, 2017.
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Betina Hillesheim.
Coorientador: Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza.

1. Educação. 2. Biopolítica. 3. Migração. 4. Acesso aos serviços de saúde. I. Hillesheim, Betina. II. Souza, Camilo Darsie de. III. Título.

CDD: 306.461

Bibliotecária responsável: Jorcenita Alves Vieira - CRB 10/1319

Douglas Luís Weber

**DESLOCAMENTOS INTERNACIONAIS, EDUCAÇÃO E SAÚDE GLOBAL:
OS DISCURSOS BIOPOLÍTICOS QUE PRODUZEM O SUJEITO MIGRANTE**

Esta dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa Educação, Cultura e Produção de Sujeitos, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Dra. Betina Hillesheim

Professora Orientadora – Universidade de Santa Cruz do Sul

Dr. Camilo Darsie de Souza

Professor Co-orientador – Universidade de Santa Cruz do Sul

Dra. Adriana da Silva Thoma

Professora Examinadora – Universidade de Santa Cruz do Sul

Dra. Sónia Dias

Professora Examinadora – Universidade Nova de Lisboa

Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Professora Examinadora – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Santa Cruz do Sul

2017

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou
sobre aquilo que todo mundo vê.”

- *Arthur Schopenhauer*



AGRADECIMENTOS

Parece que foi ontem, mas fazem dois anos. Dois anos em que a minha vida mudou muito. Enquanto pensava e buscava organizar a quem eu deveria redigir meus agradecimentos, fiquei lembrando dessa rápida trajetória pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul. Foram dois anos apertados, foram dois anos de muito trabalho, mas também de muitos prazeres.

São tantas as pessoas, os lugares, os acontecimentos, as risadas, os momentos de pânico, os cafés, as jantãs, os textos, os abraços, as horas de estudo, os nervosismos, os eventos, mais café, as orientações, as músicas para os momentos de procrastinação, que parece esta ser a etapa mais difícil de ser realizada na escrita dessa dissertação, mas vamos lá!

Agradeço antes de tudo e de todos à minha família, que me ajuda a cada passo e momento e que nunca questionou minha decisão de continuar estudando, que entendeu meus momentos de ausência, de estresse, ansiedade e mal humor.

Agradeço à minha orientadora, a professora Dra. Betina Hillesheim por cada palavra sábia, por cada conselho, por cada momento de ajuda e dedicação. Sou muito grato por ter me dado a oportunidade de trabalhar junto a ti.

Agradeço aos professores examinadores da banca, por terem aceitado o convite e me proporcionarem grandes momentos de aprendizagem com suas observações e apontamentos.

Agradeço também ao pessoal do Grupo de Terças, que por vastas manhãs estiveram comigo e me proporcionaram momentos de muita aprendizagem. Bem como agradeço à Cristianne Maria Famer Rocha pela oportunidade de participar de seu grupo de pesquisa na UFRGS.

Agradeço aos professores do programa que por mim passaram durante o mestrado do mesmo modo que agradeço as secretárias Daiane e Mariele que sempre me auxiliaram durante esse período, e proporcionaram ótimos cafés.

Agradeço aos meus colegas de trabalho Deise Hickmann, Graziela Pankowski, Juliara Bohm, Claudia Lúz, juntamente com a minha diretora Élica Klamt pela compreensão de minhas faltas, pela ajuda e pelas substituições ao

longo desse período de mestrado. Acredito plenamente no trabalho de vocês e sou muito grato por trabalhar na EEEM Wolfram Metzler.

Agradeço aos amigos: Bruna Neves, Maiquel Ingremani, Maíra Mendes, Tainara Neves, Débora Machado, Emily Schuster, Eduarda Lopes, Evelin Etges, Denis Oliveira, Natália Reckziguel, e ao pessoal da TVZ pelo grande apoio de sempre.

Agradeço a um grupo de pessoas essencial neste período de estudos, nos quais muitas vezes, foram o meu apoio para reclamações, xingamentos, conselhos, mas que também me proporcionaram inúmeros e grandes momentos de felicidade, meus grandes companheiros: Rita Rosa, Carina Kirst, Andreza Noronha, Patrícia Krieger, Carlos Kopp, Rafaela Rech, Marisa Bueno e Fernanda Rosa.

E por último, agradeço ao Camilo Darsie, sou grato por todas as oportunidades e caminhos que me apresentaste. Agradeço pela amizade de sempre e pelo apoio incondicional em todos os momentos.



RESUMO



As migrações são um dos processos que mais ganharam visibilidades nos últimos anos, principalmente por gerarem um grande impacto em diversos âmbitos da vida, entre eles os meios sociais, políticos e culturais. Alinhado a isso, as questões que são referentes a saúde e aos migrantes tornam-se problemáticas a ser discutidas e pensadas principalmente pelas organizações e agências atuantes no cenário global. Esta dissertação tem como objetivo analisar a produção de sujeitos migrantes através do discurso oficial das agências promotoras da saúde global, bem como problematizar os diferentes modos pelos quais essas estratégias (re)produzem tais discursos em um espaço interligado por meio das migrações. Para isso foi utilizado como material de análise dois documentos produzidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Internacional de Migrações (IOM) que abordam tais temáticas. Sendo assim, o problema de pesquisa foi sendo conduzido através de uma problematização dos documentos pelos referenciais foucaultianos, onde analisou-se a produção dos sujeitos migrantes por meio dos discursos biopolíticos da saúde global e as significativas reverberações de tais discursos na (re)produção do espaço. Tendo em vista os processos migratórios, no âmbito da temática trabalhada, pode-se dizer que tais estratégias são direcionadas, mais detidamente, aos migrantes e às ações geopolíticas relacionadas a esse grupo de indivíduos, acabando por (re)produzir o espaço a partir das materialidades discursivas que envolvem a segurança da vida pela perspectiva da saúde. Ao apresentar diversas questões a respeito dos processos migratórios vinculados às questões relacionadas ao risco, segurança e direitos humanos os documentos, de certo modo produzem quem são esses sujeitos: vulneráveis, perigosos, problemáticos, estranhos, diferentes e etc... Além disso, ao produzir quem são esses sujeitos, os documentos também produzem determinadas formas de agir e intervir sobre esses indivíduos e grupos, tendo em vista a Saúde Global. Nessa perspectiva pode-se dizer que o próprio discurso da saúde pode tornar-se um discurso desfavorável para o migrante, pois como ele aponta principalmente os diversos problemas das migrações através de dados estatísticos, e por diferenças socioeconômicas e políticas, também pode ser usado como um elemento que fomenta as políticas antimigração, a xenofobia e o outros processos.

Palavras-Chave: Educação, Biopolítica, Migrações, Saúde Global, Discurso



ABSTRACT



Migrations are one of the processes that have gained the most visibility in the last years, mainly because they have a great impact in diverse areas of life, among them social, political and cultural means. Aligned with this, health and migrant issues become problematic to be discussed and thought of primarily by organizations and agencies operating on the global stage. This dissertation aims to analyze the production of migrant subjects through the official discourse of agencies promoting global health, as well as to problematize the different ways in which these strategies (re) produce such discourses in an interconnected space through migrations. For this purpose, two documents produced by the World Health Organization (WHO) and the International Organization of Migration (IOM), which deal with these issues, were used as analytical material. Thus, the research problem was led through a problematization of the documents by the Foucaultian references, where the production of the migrant subjects was analyzed through the biopolitical discourses of global health and the significant reverberations of such discourses in the (re) production of the space. In view of the migratory processes, in the scope of the subject worked, it can be said that such strategies are directed, more closely, to the migrants and the geopolitical actions related to this group of individuals, eventually (re) producing the space from the discursive materialities that involve the safety of life through the perspective of health. In presenting a number of issues regarding migration processes linked to issues related to risk, security and human rights, the documents, in a way, produce who these subjects are: vulnerable, dangerous, problematic, strange, different, and so on. to produce who these subjects are, the documents also produce certain ways of acting and intervening on these individuals and groups, in view of Global Health. From this perspective it can be said that the health discourse itself can become an unfavorable discourse for the migrant, since, as it mainly points out the diverse problems of migrations through statistical data, and because of socioeconomic and political differences, it can also be used as an element that encourages anti-migration policies, xenophobia and other processes.

Key Words: Education, Biopolitics, Migration, Global Health, Speech.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AMS	Assembleia Mundial de Saúde
CL	Cólera
CEM	<i>Committee for European Migration</i>
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CDC	Convenção Sobre o Direito das Crianças
CV	Cruz Vermelha
EACDH	Escritório do Alto Comissário de Direitos Humanos das Nações Unidas
EUA	<i>Estados Unidos da América</i>
FF	Fundação Ford
GIVS	<i>Global Immunization Vision and Strategy</i>
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
H1N1	Influenza A
ICM	<i>Intergovernmental Committee for Migration</i>
IOM	<i>International Organization for Migration</i>
MHD	<i>Migrant Health Division</i>
MSF	Médicos Sem Fronteiras
OIHP	<i>Office International d'Hygiène Publique</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSLN	Organização de Saúde da Liga das Nações
OTAN	Organização do Tratado do Atlântico-Norte
PIDCP	Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos
PASB	<i>Pan American Sanitary Bureau</i>

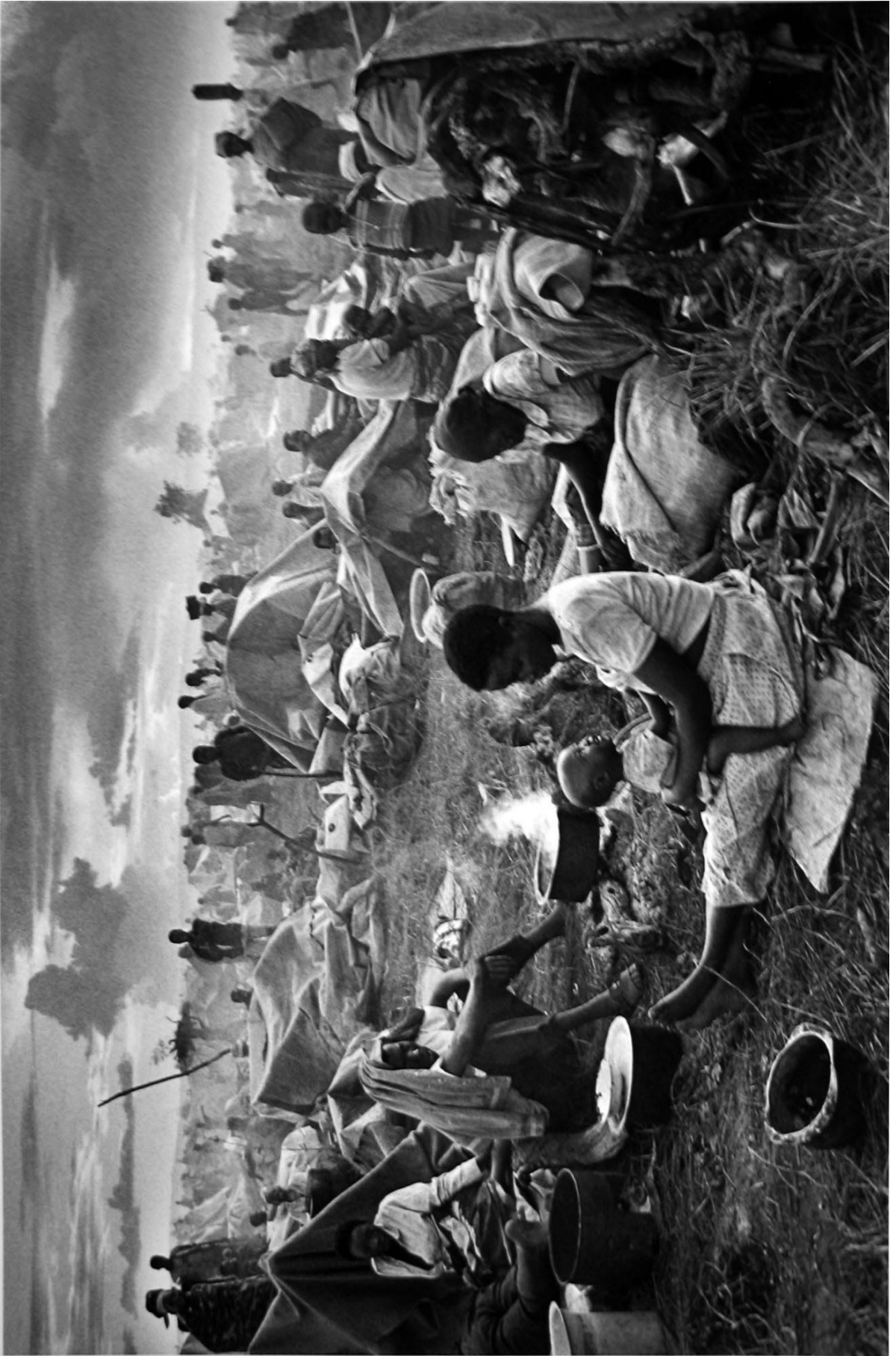
PIB	Produto Interno Bruto
PICMME	<i>Provisional Intergovernmental Committee for the Movement of Migrants from Europe</i>
PIDESC	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PN	Peste Negra
RI	Relações Internacionais
RIS	Regulamento Internacional Sanitário
TB	Tuberculose
UE	União Europeia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundação das Nações Unidas para a Infância
UERGS	Universidade Estadual do Rio Grande do Sul
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
URSS	União das Republicas Socialistas Soviéticas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Capa do “ <i>International Migration, Health and Human Rights</i> ”	38
Figura 2	Aspectos dos vários estágios das migrações que podem afetar a saúde dos migrantes	42
Figura 3	Capa do <i>Migration Health: Annual Review 2015</i> .	44
Figura 4	Mapa do plano de Gestão, Saúde, Fronteira e Mobilidade.	46
Figura 5	Distribuição de imigrantes por sexo. IOM, 2015.	60
Figura 6	Mapa de rotas migratórias através do mediterrâneo em 2016.	61
Figura 7	Gráfico de Prevalência de desperdício, sobrepeso e obesidade entre crianças refugiadas sírias com idades entre 6 e 59 meses, IOM, 2015	97
Figura 8	Quadro: Melhorando a saúde dos trabalhadores migrantes indígenas na América Central, disseminando informações	104
Figura 9	Detecção de Tuberculose entre imigrantes, 2015.	109
Figura 10	Gráfico de condições médicas pré-viagem de migrantes	110
Figura 11	Avaliações de saúde da IOM por origem, destino e categoria de migração, 2015	111
Figura 12	Avaliações de saúde da IOM por origem, destino e categoria de migração, 2015	112
Figura 13	Triagem de migrantes em Serra Leoa	118
Figura 14	Dados referentes à ações da IOM e outras no Líbano	120
Figura 15	Entrevista com refugiado sírio	121
Figura 16	Distribuição de refugiados por país de destino, IOM, 2015.	124
Figura 17	Distribuição de imigrantes por país de destino, IOM, 2015.	124
Figura 18	Infográficos de saúde do Bangladesh e Myanmar	126

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. PROCEDIMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS	21
2.1 Biopoder e Biopolítica.....	23
2.2 O Discurso.....	28
2.3 Os Documentos.....	31
2.3.1 <i>International Migration, Health and Human Rights</i>	38
2.3.2 <i>Migration Health: Annual Review</i>	44
3. A PRODUÇÃO DO ESPAÇO MIGRANTE	49
3.1 O Espaço e as Espacialidades.....	51
3.2 As Migrações.....	54
3.3 A aproximação do Espaço e do migrante.....	67
4. A SAÚDE GLOBAL E O MIGRANTE	74
4.1 A Saúde Internacional.....	75
4.2 Saúde Global: um campo de possibilidades.....	81
4.3 Instituições e Agências atuantes na Saúde Global.....	85
4.4 A produção do sujeito migrante por meio dos discursos da Saúde Global.....	90
4.4.1 <i>OMS região da África</i>	115
4.4.2 <i>OMS região do Mediterrâneo Oriental</i>	117
4.4.3 <i>OMS região das Américas</i>	120
4.4.4 <i>OMS região do Sudeste da Ásia</i>	122
4.4.5 <i>OMS região do Pacífico Ocidental</i>	125
4.4.6 <i>OMS região da Europa</i>	125
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
6. REFERÊNCIAS	138
6.1 Fontes.....	143



1. INTRODUÇÃO

- O que faz migrar? -

Lembro-me de uma manhã, em setembro de 2015, quando, ao acordar, escutei o barulho da televisão da sala. Sentei ao lado de minha mãe e comecei a prestar atenção no noticiário que ela assistia. A voz trêmula e pouco entusiasmada do apresentador anunciava que, mais uma vez, considerando os diversos casos ocorridos nos dias anteriores, embarcações, com migrantes, haviam naufragado no mar Mediterrâneo, enquanto tentavam chegar à Europa, de forma ilegal.

O constante aumento das notificações de casos como este, que os meios midiáticos apresentavam naquele momento e em alguns meses anteriores, colocava o tema da migração no centro dos debates internacionais. A cada dia, a cada hora, novos casos de morte, de prisões, de resgates, de suicídios, de fome, de clemência iam aparecendo frente aos meus olhos, assim como ocorria com o resto do mundo.

Naquela manhã, contudo, algo chamou minha atenção – e horas depois também chamaria a do mundo: um menino que vestia uma camiseta vermelha, bermuda jeans e tênis encontrava-se de bruços, sem vida, nas areias de uma praia na Turquia. Seu nome era Aylan Kurdi e ele tinha apenas três anos de idade. Aylan viajava ilegalmente com sua família que, com exceção do pai, também se afogou no mar. Todos caíram de um pequeno bote inflável no qual se encontravam ao tentarem fugir da guerra civil que vem arrasando o território da Síria e força milhões de pessoas a arriscarem suas vidas em busca de refúgio em países vizinhos.

As cenas de um bombeiro resgatando o corpo do menino foram tão comoventes que não poderiam passar em branco. Naquele mesmo dia, uma fotografia circulou pelo mundo com a seguinte mensagem em turco: “a humanidade é um fracasso¹”.

¹ Em turco: KiyiyaVuranInsanlik

Entretanto, enquanto assistia à massiva divulgação da imagem, algo me inquietava. Questionei-me sobre o porquê de sermos um fracasso e qual o motivo disso tudo, de todas essas vidas desperdiçadas. A indignação que sentia, mas também o sentimento de impotência, me levaram a reformular minhas indagações sobre as dinâmicas de vida e sobre minhas impressões acerca do mundo.

Contudo, para além das minhas reflexões, após a grande repercussão das diversas reportagens sobre o acontecimento, os processos migratórios atuais começaram a ganhar maior visibilidade no meio social e midiático, aumentando a divulgação de acontecimentos relacionados ao tema. Parecia que o mundo havia acordado, que as diferentes populações haviam aberto os olhos e os braços para os migrantes, que as cooperações entre os povos ajudariam a sarar essas feridas que criamos, mas, ainda, parecia que tudo isso era apenas uma deixa relacionada aos meus sentimentos e desejos sobre o universo da pesquisa acadêmica.

Passados alguns dias, esse sentimento veio, novamente, à tona quando voltava de uma viagem de estudos na Costa Rica, em 2016. Ao esperar meu voo de volta para o Brasil, em uma escala que fazia na Cidade do Panamá, comecei a observar o movimento de um grupo de pessoas no saguão de embarque dos voos que iriam para a América do Sul. Esses indivíduos me pareciam provenientes de um mesmo local, possivelmente haitianos² que estavam deixando seu país de origem e procurando uma nova chance de vida.

Conforme os minutos iam passando, os indivíduos do grupo iam se abraçando, trocando carinhos, tirando fotos, alguns choravam, conversavam e em determinado momento, se separavam. Busquei observar alguns desses sujeitos. Eles passaram a ocupar locais diferentes no saguão, alguns estavam nos portões que davam acesso a voos para São Paulo e Rio de Janeiro enquanto outros esperavam nas filas de destinos como Santiago, Bogotá e Lima.

Ao entrar no avião, perdi todos de vista. Entretanto, ao encontrar meu assento, ao meu lado estava sentada uma mulher que fazia parte do grupo. Passei a viagem a observando. Era uma mulher de meia idade, aparentava estar muito

² Entendi que os indivíduos eram haitianos pelo forte aumento no processo migratório nos últimos anos entre o Haiti e o Brasil, causado principalmente pelo terremoto ocorrido no país caribenho no ano de 2010. Com mais de 80% do país destruído, parte da população começou a migrar para países com fácil acesso de imigração, motivada pela busca de melhores condições de vida.

assustada, sendo que, quando busquei ajudá-la, ao perceber que não falava português, ela negou minha ajuda. Ainda, percebi que não dormiu por nenhum momento, segurando seus documentos nas mãos durante todo o período de viagem.

Aquela cena, tão silenciosa e, ao mesmo tempo, desesperadora, me convocava a agir de alguma forma, fazer algo, mas isso também estava muito distante das minhas possibilidades. Minhas indagações sobre a migração voltaram, minha angústia e meu desassossego com o tema também. Foi a partir desse momento que meu interesse sobre assuntos relacionados aos processos de deslocamento no espaço e a questões voltadas às dinâmicas de migração aumentaram, pois questionava-me sobre qual o impacto de todo esse processo.

Sendo minha formação acadêmica em Geografia, embasada em uma vertente mais humana da ciência, na qual se objetiva privilegiar as relações pessoais e afetivas dos grupos humanos com o espaço e, a partir disso, analisar as suas dinâmicas, pude relacionar as dinâmicas migratórias a outras discussões promovidas no contexto de minha formação. Dessa maneira, passei a considerar a possibilidade de discutir a Geografia articulada a outros campos de saber. Como desdobramento dessas preocupações, dediquei-me ao desenvolvimento de reflexões que pudessem atuar em áreas distintas, como, por exemplo, a área da Saúde.

Desde 2015, tenho tido a oportunidade de participar de um grupo de pesquisa formado por meio da parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), Universidade Nova de Lisboa e Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), mediante uma investigação denominada “Análise comparativa de Sistemas Nacionais de Saúde baseados na Atenção Primária à Saúde”. Neste contexto tenho trabalhado, mais especificadamente, com questões relacionadas à Saúde Global, ao espaço e às diferentes maneiras pelas quais os discursos da área da saúde atravessam as populações e educam/produzem sujeitos.

Essa aproximação entre a Geografia e a Saúde me abriram caminhos para uma grande malha de possibilidade e questionamentos sobre temas amplos. Mas, foi a partir dessa pesquisa, cujas questões teórico-metodológicas se apoiam em uma perspectiva foucaultiana, que busquei subsídios que me possibilitassem estabelecer tal articulação, especialmente no que tange às contribuições de

Michel Foucault. Tal fato motivou a minha escolha pela linha de pesquisa “Educação, Cultura e Produção de Sujeitos”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da UNISC, para desenvolver a presente dissertação.

Alinhado a minha entrada no programa e, principalmente, sob a ótica dos Estudos Pós-Estruturalistas, entendo que nenhuma forma de pesquisa é por si neutra, sendo que os diversos discursos presentes em nosso espaço/tempo nos subjetivam e nos interpelam de forma a ressignificar nosso lugar e nossas realidades. Dessa forma, tendo em vista esse conjunto de experiências, bem como a leitura de diferentes textos e discussões promovidas no âmbito da Educação, da Geografia e da Saúde, passei a estruturar o problema dessa pesquisa, qual seja, ***como o sujeito migrante é produzido através do discurso da saúde global no âmbito de um espaço contínuo e interligado?***

Atualmente, segundo a Organização das Nações Unidas (2013), mais de 200 milhões de pessoas vivem fora dos seus países de origem, dentre as mais distintas nações. Os motivos que levam as populações a migrarem são diversos, desde causas sociais como o desemprego, a fome e a busca por qualidade de vida, como também por ordens e conflitos de cunho político, religioso, cultural e ambiental. Frente a isso, a presente Dissertação tem por objetivo analisar a produção de sujeitos migrantes através do discurso oficial das agências promotoras da saúde global, bem como problematizar os diferentes modos pelos quais essas estratégias (re)produzem tais discursos em um espaço interligado por meio das migrações.

Na contemporaneidade, em um espaço mais interligado por meio da revolução tecnológica, onde os fluxos de pessoas, mercadorias, objetos e informações são mais acelerados e rápidos, as migrações e, principalmente, o sujeito migrante e a sua saúde, passam a ser vistos como um problema para os governos nacionais e agências e órgãos globais. Grande parte dos indivíduos que migram se encontram em estado de vulnerabilidade social e física, frente aos riscos implicados nos processos de deslocamento, principalmente no que tange sua saúde e seus direitos fundamentais. A partir dessas características, o migrante representa um certo perigo aos demais sujeitos, visto que se encontra em constante movimento, e consigo carrega diferentes traços culturais, sociais, econômicos e biológicos.

Nessa perspectiva, as agências de saúde global buscam elaborar instrumentos e estratégias que possam gerir a saúde desses migrantes, de forma a diminuir os riscos que eles representam às nações, como também manter a qualidade de vida dos mesmos. Tais instrumentos são concebidos como publicações oficiais divulgadas pelas agências que visam alertar sobre algumas preocupações, apresentar dados estatísticos sobre os processos migratórios e, conseqüentemente, educar as populações frente aos cuidados com a saúde dos migrantes e (re)produzir o espaço³.

Contudo, tais instrumentos podem ser pensados, a partir de Foucault (2009), como estratégias biopolíticas, ou seja, políticas que tomam a vida do conjunto dos indivíduos, a população, como alvo. Assim, no âmbito da temática trabalhada, pode-se dizer que tais estratégias são direcionadas, mais detidamente, aos migrantes e às ações geopolíticas relacionadas a esse grupo de indivíduos, acabando por (re)produzir o espaço a partir das materialidades discursivas que envolvem a segurança da vida pela perspectiva da saúde.

Antes de seguir, é importante salientar que o presente trabalho está organizado de forma a abranger determinados questionamentos sobre o tema da migração e que existem alguns elementos que lhe dão forma. Tais elementos são relevantes pelo fato de terem sido pensados, encontrados, escolhidos e organizados durante o processo de escrita. Portanto, mesmo que, em alguns casos, tais elementos aparentem não ser associados, diretamente, às discussões que apresento, considero que são importantes e, de fato, envolvem essas discussões, pois seus significados estão fortemente associados às proposições que apresento.

Ainda, pontuo que a organização dos textos e dos elementos gráficos foi inspirada pelos recursos utilizados nas publicações da Organização Mundial da

³ Essa noção de “(re)produção do espaço” será tratada mais detidamente no capítulo 2. No entanto, cabe adiantar que se trata de uma lógica utilizada por geógrafos como Braun (2008) e Darsie (2014), que consideram que o espaço não é um *a priori*, mas é uma produção realizada a partir da relação dos fenômenos sociais, materiais e naturais. Assim, para além de estar em constante produção e transformação, pode-se considerar que o espaço está também sendo “reproduzido” em função de novas dinâmicas da vida cotidiana.

Saúde (OMS) e da *International Organization for Migration* (IOM) que utilizei como material de análise nessa dissertação. Ressalto que também utilizei uma caixa de texto diferente para os excertos retirados dos documentos, como forma de torná-los distintos de outras partes.

Além disso, a epígrafe que abre essa dissertação me auxilia no sentido de apontar que este trabalho trata de um novo olhar sobre a migração, referindo ao meu próprio processo de ressignificação dessa temática a partir da posição de pesquisador. Da mesma forma, as imagens escolhidas para marcar o início de novos capítulos estão associadas a esse processo. Tais imagens compõem a obra do fotógrafo brasileiro Sebastião Salgado, o qual, no seu livro *Exôdo* (2000), produz minuciosamente um olhar singular sobre os ditos migrantes.

Tendo sido apresentadas as linhas gerais, nas seções seguintes são apresentados capítulos temáticos e teóricos de forma a contemplar o objetivo dessa pesquisa. No capítulo 2, apresento os procedimentos teórico-metodológicos utilizados para a construção dessa dissertação. Para tanto, opero, a partir dos estudos foucaultianos, com os conceitos de biopolítica e discurso, de forma a sustentar meus argumentos sobre a produção dos sujeitos migrantes pelo discurso oficial da saúde global. Em seguida, faço uma apresentação dos documentos que me propus a analisar e problematizar: *‘Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos (2013)’* e o *‘Migração e Saúde: revisão anual 2015 (2016)’*.

No capítulo 3, apresento as discussões teóricas elaboradas sobre as dinâmicas espaciais, trazendo os conceitos de espaço e espacialidade através da perspectiva da geografia. Além disso, também traço as principais características dos processos migratórios atuais para, em seguida, realizar uma relação/problematização entre espaço e o que denomino de sujeito migrante.

A abordagem do capítulo 4 se dá sobre a Saúde Global, apresentando seu processo de formação e as mudanças ocasionadas pela relação com o conceito de Saúde Internacional. Também problematizo os desafios impostos pela lógica do global e as diferentes agências que atuam sobre essa dinâmica.

A partir disso, discuto as maneiras pelas quais os discursos da saúde produzem uma determinada forma de saúde e de ser migrante.

Para finalizar, faço uma breve retomada das discussões criadas ao longo das seções anteriores e apresento minhas considerações e indagações finais sobre o tema.



2. PROCEDIMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

“A temática do homem, através das ciências humanas que o analisam como ser vivente, indivíduo que trabalha, sujeito falante, deve ser compreendida a partir do surgimento da população como correlato de poder e objeto de saber” (p. 81).

FOUCAULT, Michel. Segurança, Território, População, 2004.

Quando um indivíduo se propõe a migrar, fugir, refugiar-se, pode-se pensar que ele está traçando diferentes configurações no que se refere às formas espaciais da vida. Na relação entre o conjunto de indivíduos, ou seja, a população, essas novas forma de ‘ser’ passam a implicar questões e relações diferentes frente ao fenômeno do poder, que se faz o maior e mais representativo objeto de produção dos sujeitos.

Com os deslocamentos internacionais, ligados com a acelerada mobilidade e descentralização do trabalho no cenário contemporâneo, as migrações passaram a ser elementos fundamentais numa pauta de discussões e preocupações em torno da formulação de políticas públicas de saúde, de educação, de habitação, de previdência e de assistência que possam dar conta da questão do trabalho e da proteção social em toda sua complexidade. Principalmente, após o ano de 2015, as questões migratórias passaram a ser estampadas em uma imensa gama de reportagens de grandes jornais e meios midiáticos ao redor do mundo.

O Jornal Folha de São Paulo, que circula com grande tiragem de impressos e por meio digital, no último ano, abordou temas como *“Caem imigrantes com carteira de trabalho no país, exceto venezuelanos⁴”*, *“Pesquisa*

⁴ Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/mercadoaberto/2017/07/1904651-cai-numero-de-estrangeiros-com-carteira-de-trabalho-no-brasil.shtml>>. Acesso em: 03 out. 2017.

*revela alta rejeição a refugiados e imigrantes no mundo*⁵, “*Onda estrangeira força adaptação de escolas da rede municipal de SP*”⁶. O americano *The New York Times* também vinculou diversas reportagens diárias sobre a questão como por exemplo “*Efforts to Rescue Migrants Caused Deadly, Unexpected Consequences*”⁷.

Tais reportagens começaram a dar uma maior ênfase para o processo de migração, produzindo determinados olhares sobre os migrantes. Com isso, determinadas práticas e discursos começaram a ser elaborados, principalmente no que tange o controle e a absorção dos indivíduos migrantes nos meios sociais e que, em outras palavras, abre espaço para uma série de precedentes que mudaram as dinâmicas políticas globais.

Tendo em vista que, no âmbito dessa dissertação, as ferramentas teóricas escolhidas relacionam-se às teorizações de Michel Foucault referentes a discurso e relações de poder, e, especialmente, aos conceitos de biopoder e biopolítica, desenvolvo, abaixo, algumas considerações sobre tais conceitos. É importante assinalar que, ao operar com esse autor, não se trata propriamente de seguir um método, visto que isso contrariaria sua proposta, mas de, mediante determinadas ferramentas conceituais, construir formas de interrogação. Dessa maneira, a seguir situo algumas questões referentes à analítica do poder desenvolvida por Foucault e, mais adiante, discuto mais detidamente o conceito de discurso, visto sua centralidade nesse trabalho.

⁵ Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mundo/2016/08/1801673-pesquisa-revela-alta-rejeicao-a-refugiados-e-imigrantes-no-mundo.shtml>>. Acesso em: 03 out. 2017.

⁶ Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/educacao/2017/08/1910228-onda-estrangeira-forca-adaptacao-de-escolas-da-rede-municipal-de-sp.shtml>>. Acesso em: 03 out. 2017.

⁷ Tradução Livre: Esforços para resgatar os migrantes causaram consequências mortais e inesperadas. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/interactive/2017/06/14/world/europe/migrant-rescue-efforts-deadly.html>>. Acesso em: 03 out. 2017.

2.1 Biopoder e Biopolítica

Foucault, ao discutir os deslocamentos das formas de poder, coloca que, no decorrer dos séculos XVII e XVIII, as questões ligadas à vida começaram a inclinar-se frente a uma possível mudança de estratégia de poder. Desse modo, a lógica do “deixar viver e fazer morrer”, identificada por uma forma de poder ligada à soberania, perdeu espaço frente ao novo princípio de “fazer viver e deixar morrer”, constituindo-se como aquilo que o autor denomina de biopoder. Em um primeiro momento, essa nova forma de poder (poder disciplinar) se direciona aos corpos dos indivíduos, no intuito de transformá-los em corpos dóceis, ou seja, disciplinados, úteis e que possam proporcionar maior capacidade produtiva na lógica capitalista (FOUCAULT, 2000).

A grande diferença entre ambos é que, na lógica do poder soberano, os tempos, os bens e as vidas dos súditos/população podiam ser tomados pelo governante frente a suas decisões. Essa forma de poder se exercia sobre o direito de apropriação, culminando com o privilégio de suprir a própria vida caracterizando-se uma forma de poder negativa, pois este era limitativo e restritivo (FOUCAULT, 2000).

Já nas sociedades disciplinares, que surgem com a ascensão das técnicas disciplinadoras, ao invés de se apropriar e retirar, a função maior da disciplina é adestrar e, na medida do possível, adestrar para se apropriar ainda mais e melhor. Assim, a disciplina se dá de forma individual e pauta-se principalmente sobre o corpo dos indivíduos, tendo como objetivo sua normalização (FOUCAULT, 2005).

A disciplina é desenvolvida e aplicada pelas instituições disciplinares, nas quais os indivíduos passam durante seu percurso de vida, sejam elas os hospitais, as escolas, as prisões, as fábricas, as igrejas, entre outras. Desse modo, essas instituições trabalhavam/trabalham no sentido de domesticar os corpos e, assim, os tornar aptos frente à lógica social e industrial que o capitalismo proporcionava na época. De acordo com Foucault (op. cit.), o poder disciplinar emergiu tendo como objetivos facilitar a redução dos custos relativos

aos seus próprios exercícios, e também de expandir os seus efeitos e alcançar o maior número de adeptos.

Entretanto, o biopoder – qual seja o poder sobre a vida – não se esgota numa forma de poder disciplinar, pois atua sobre a vida e se constitui a partir de duas lógicas (FOUCAULT, 2009). Para Veiga-Neto (2014), apoiado na obra do autor, a primeira diz respeito à tomada do corpo humano como máquina individualizada, fazendo com que a disciplina atue sobre o mesmo e a segunda se configura na noção de corpo-espécie, fazendo atuar sobre esse uma série de novas tecnologias de regulação e intervenção, a partir de seu conhecimento mais detalhado. Nesse sentido, se o poder disciplinar se volta para o corpo do indivíduo (anatomopolítica), surge também uma forma de poder voltada para a população (biopolítica), constituindo, ambos, o chamado biopoder.

O biopoder se difunde entre as populações, constituindo as relações estabelecidas entre os sujeitos através das questões políticas, econômicas e científicas. Essa forma de poder reproduz o próprio espaço, a constituição de conhecimentos e de modos como os sujeitos o vivem – as espacialidades⁸ –, e essas modificam-se pelos atravessamentos que o biopoder proporciona para as diferentes instâncias que se articulam e dão sustentação a vida dos indivíduos (DARSIE, 2014).

Segundo Hillesheim e Cruz (2008), o biopoder é exercido sobre a vida, de modo a gestá-la, “ele não exclui a disciplina, mas utiliza-se desta e a modifica parcialmente, dirigindo-se à multiplicidade dos homens não como corpos individuais, mas como massa global” (p. 192). Para Foucault (2009), o aumento dos conhecimentos a respeito da vida, as observações e os controles que eram feitos, começaram a proporcionar novas discussões sobre a problemática. As novas técnicas exercidas por esse tipo de poder possibilitaram a regulação e modificação de alguns aspectos ligados aos processos vitais coletivos, como o número de nascidos, o número de mortos, a expectativa de vida, as taxas de adoecimento, o controle migratório, entre outros.

⁸ O conceito de espacialidade será abordado no capítulo 3.

A partir desse pressuposto, as escalas biológicas e políticas da vida se aproximam de forma a pensar que o ato de viver e morrer não se encontravam simplesmente relacionados por uma sequência existencial biológica, mas estavam impregnados aos campos do saber e do poder. Nesse cenário, quando a vida se torna um objeto político e a população passa a ser alvo do poder, a chamada 'biopolítica' surge no intuito de controlar e gerenciar de forma mais eficiente os indivíduos, o que abre espaço para que ela e seus mecanismos passem a serem compreendidos pelas estatísticas.

Segundo Foucault (2000), a biopolítica passa a tratar do corpo como um coletivo que possui indivíduos diversos, os quais podem ser diferenciados através das suas inúmeras características. Embora essa mudança se dê em nível individual, na medida em que os acontecimentos se configuram como imprevisíveis, não é possível gestar individualmente a vida, pois ela possui nuances diferentes dentro dos diversos espaços, enquanto que a partir do coletivo é possível se estimar, através dos números, estatísticas e as probabilidades, os diversos eventos relacionados à população, de forma a prever possíveis acontecimentos ou, até mesmo, de gestá-los a nível espacial. Dessa maneira, o objetivo principal da biopolítica está no corpo vivo e no suporte a seus processos biológicos como o nascimento, a mortalidade, saúde, a esperança de vida entre outros (FOUCAULT, 2009).

Para Rose (2011), as biopolíticas passaram a gestar a vida das populações de forma a produzir conhecimentos que a qualificassem ou a tornassem desqualificada, para sobretudo, melhor administrá-la, transformá-la e aperfeiçoá-la. Logicamente, essas técnicas continuam ligadas ao processo capitalista, no entanto, se antes o enfoque se dava sobre o fazer produzir, agora, o objetivo se pauta na lógica de investimento em condições e regulações ligadas às vidas dos indivíduos, no sentido de se extrair maiores níveis de produção em relação aos anteriores (DARSIE, 2014).

Mesmo com as biopolíticas atuando sobre a sociedade e as suas possibilidades que moldam a operação da vida, trabalhando nas e através das liberdades subjetivas, as racionalidades governamentais desenvolvem-se tipicamente em tomo de problemáticas específicas, tais como: saúde, riqueza,

segurança, pobreza, cultura, sexualidade ou migração. Estas, por sua vez, constituem os princípios de formação da quais as populações podem vir a ser definidas e quais tipos de características a elas podem ser desenvolvidas (BUTLER, 1997).

As migrações entram no foco das biopolíticas, por se tratarem de eventos relacionados a diversos fatores como a busca de melhores condições de vida e às crises econômicas – transformações e demandas da história do capitalismo –, assim como a desastres socioambientais e a conflitos internos, fazendo-se necessário que determinados controles sejam exercidos à essa parcela da população. De acordo com Agamben (2004, p. 18), “a política não conhece hoje outro valor (e, conseqüentemente, outro desvalor) que a vida”. Ainda para o autor (2014, p. 127), “uma das características essenciais da biopolítica moderna [...] é a sua necessidade de redefinir continuamente, na vida, o limiar que articula e separa aquilo que está dentro daquilo que está fora”. Sendo assim, a biopolítica, na medida em que proporciona um elevado valor à vida daqueles a quem ela se destina – pode-se pensar nas pessoas dentro dos países tidos como ‘mais desenvolvidos’ –, proporcionalmente produz um certo grau de exclusão ou uma determinada forma de ‘marcação’ para aqueles que podem vir a apresentar risco à preservação dessas vidas protegidas. Tal grau de exclusão pode ser pensado, no contexto desse trabalho, pela vida dos migrantes.

Mesmo que o migrante seja ‘marcado’ como o sujeito menos valorizado pela lógica biopolítica, sobre ele também acontecem uma série de investimentos relacionados à lógica de segurança da vida. Se o migrante é o sujeito que transita entre os territórios, carregando consigo todas suas características e modos de viver, na lógica global de segurança – pautada pelas regulações nacionais de saúde, de segurança, educação que balizam a vida das populações – ele pode apresentar determinados riscos à população autóctone por trazer consigo determinadas características e práticas de vida, que muitas vezes confrontam as realidades dos locais onde ele irá se inserir.

Apesar de a problemática da segurança ser ordinariamente examinada em termos da soberania de Estado, ela de fato sempre foi biopolítica, na mesma proporção em que foi uma questão geopolítica (DILLON, 1995). Concebida deste

modo, a segurança toma a forma de uma genealogia das dinastias de relações de poder e de uma análise crítica das condições discursivas da emergência de regimes de segurança contemporâneos. Mais ainda, as problemáticas de segurança sempre compreenderam terrenos complexos de práticas envolvendo discursos profundamente palpáveis acerca do perigo – discursos estes considerados fundamentais ao bem-estar do indivíduo à formação social e à ordem política (DILLON e REID, 2002).

Os discursos relacionados ao perigo e a segurança, pautados no evento da migração, junto com seus associados discursos do medo, são os meios através dos quais são elaborados programas, documentos e normas específicas da vida do indivíduo, do bem-estar, da formação social e da ordem política que são introduzidos, circulados, reproduzidos e legalmente aprovados.

Dillon e Reid (2002) compreendem que Foucault já apontava a respeito da segurança no advento do poder/saber disciplinar e que, para ele, a ideia de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade no nível de suas potencialidades e não no nível de suas ações: não no nível das violações concretas de uma lei concreta, mas no nível das potencialidades comportamentais que elas representam. Essa nova dinâmica constitui o meio pelo qual a segurança toma as populações como foco, visto que qualquer agrupamento, organização, população, indivíduo, não importa quão diferenciado e especificado, pode se tornar perigoso.

A lógica da segurança é um dos temas principais que perpassam pela relação entre a biopolítica e as migrações. Nessa perspectiva, Hardt e Negri (2001) trazem a ideia de ‘contágio’ e dizem que

“Há dois aspectos na conexão entre colonialismo e doença. Primeiro, o simples fato de que um povoado indígena é doente servir como justificativa para o projeto colonial: "Esses negros são doentes! Você verá! São totalmente corruptos!... São degenerados!". A doença é sinal de corrupção física e moral, sinal de falta de civilização. O projeto civilizador colonialista, portanto, é justificado por higiene que ele traz. Do outro lado da moeda, entretanto, da perspectiva europeia, o maior perigo do colonialismo é a doença – ou, na verdade, o contágio. Na África, Louis-Ferdinand descobre "todas as doenças transmissíveis" A contaminação física, a corrupção moral, a loucura: uma treva dos territórios e populações coloniais é contagiosa, e os europeus estão correndo risco o tempo todo. [...] uma vez estabelecida uma diferença

entre o europeu puro e civilizado e o Outro corrupto e bárbaro, é possível não apenas um processo civilizador, da doença para a saúde, mas também inevitavelmente o processo reverso, da saúde para a doença. Contágio é o perigo constante e imediato, o negro lado de baixo da missão civilizadora” (p. 151-152).

Os autores mostram que, para além das vidas ali dispostas, a lógica da biopolítica prevalece sobre um determinado grupo, um bem maior. É o contágio que causa o medo e, conforme discutido nessa dissertação, é o migrante que proporciona o contágio. Dessa maneira, necessariamente a biopolítica precisa dar conta de gestá-lo e, no seu extremo, eliminá-lo, em prol de um bem maior – a própria vida da população.

Deste modo, as sociedades são resistentes frente à lógica migratória, precisamente porque a disseminação é um princípio de formação e operação que permite uma virtuosidade assombrosa na administração da complexidade nacional e internacional. "Abertura cria a vulnerabilidade aliada à força" (GOMPERT, 1998, p. 6). A segurança fica na pauta das nações e agências porque a vulnerabilidade é uma função direta de seu desenho muito resistente. Assim, é a biopolítica que age sobre os processos migratórios.

Tendo discutido a relação entre biopoder, biopolítica e processos migratórios, apresento, em seguida, uma abordagem acerca do conceito de discurso e, mais adiante, explícito a forma como desenvolvi a produção de dados e as análises da presente investigação.

2.2 O Discurso

A partir de Foucault (1996), compreende-se os discursos como práticas organizadoras da realidade, os quais não se pautam exclusivamente aos signos linguísticos, mas sim, em um conjunto de práticas que se estabelecem em um determinado tempo, um determinado espaço.

Segundo o autor (1996) os discursos são um conjunto de práticas que agem articuladas a outras diversas práticas. Ou seja, não se baseiam em apenas signos, mas sim, em um conjunto de forças que se relacionam com as lógicas de saber e poder. Ainda para Foucault (2005), o discurso é constituído pelos diversos controles que nas palavras se exercem e que muitas vezes, não precisam estar escritos ou ditos.

Foucault (1996) também destaca que o discurso nunca se encontra acabado, pois constitui-se sobre uma dinâmica de afirmação e reafirmação, ou seja, é dito, permanece dito e ainda pode ser dito. Frente a isso, os discursos são para além de simples repetições, visto que produzem os sujeitos, suas relações em diferentes escalas, moldam objetos, a partir das suas produções de verdade, ao mesmo tempo em que se constituem no âmbito dessas relações.

Ainda para o autor “se trata de analisar conjuntos de enunciados que eram, na época de sua formulação, distribuídos, repartidos e caracterizados de modo inteiramente diferente” (2014, p. 27). Assim, é plausível de compreensão que os discursos são para além de repetições do que se tem dito, eles constituem e moldam sujeitos, objetos, relações, ao mesmo tempo que são constituídos pelas mesmas relações, objetos, sujeitos.

Fischer (2001) coloca que, para Foucault, o discurso não é um mero dizer de palavras e não se refere às coisas somente: para além dessas palavras há uma implicação de fatos ali relacionados, sendo que o discurso apresenta um certo número de regularidades intrínsecas a ele próprio, nas quais chega a ser possível definir uma rede conceitual que lhe é própria. E é por essa lógica de ser mais do que o “dizer de palavras” que o discurso é tomado de saberes e também estabelece relações de poder. Para a autora (2001), nos discursos há sempre uma relação com determinados campos de saber: quando falamos em discurso publicitário, discurso econômico, discurso político, discurso feminista, discurso psiquiátrico, discurso médico ou pedagógico, entre diversos outros, estamos afirmando ou reafirmando que cada um deles compõe um conjunto de enunciados, apoiados num determinado sistema de formação ou formação discursiva: da economia, da ciência política, da medicina, da pedagogia, da

psiquiatria. Isso, porém, não significa definir essas formações como disciplinas ou como sistemas fechados em si mesmos.

Em grande parte, os discursos no contexto da migração são constituídos por meio de dados estatísticos elaborados pelas diversas nações desde as escalas locais até o global. Para Bello e Traversini (2009) os números, medidas, índices e taxas adquirem importância nas ações governamentais, seja no âmbito político, econômico, social, educacional, é para que os mesmos sejam utilizados na invenção de normas, de estratégias e de ações no intuito de dirigir, de administrar e de otimizar condutas individuais e coletivas em todos esses aspectos.

Esses dados mapeiam e alertam sobre as possíveis consequências e perigos por quais as populações em migração podem passar e causar, como também para as populações autóctones, no intuito de controlar ou educar os indivíduos frente a sua saúde. Essa prática pode ser entendida como uma estratégia biopolítica que pautada na circulação de saberes que dizem respeito aos usos e à divulgação de informações e discursos construídos mediante a verdade científica, acabam por gerar determinados ensinamentos que, quando alinhados aos dados estatísticos, produzem o que Foucault chama de regimes de verdade (DARSIE, 2014).

Segundo Foucault (2010), os regimes de verdade constroem os indivíduos, por meio da própria verdade, a um certo número de atos de verdade. Assim, em sua dinâmica, a verdade produz, nos indivíduos, assujeitamento a esta verdade, e conseqüentemente, quando considerados verdadeiros por seus sujeitos criam as normas e os constituem.

Os regimes de verdade expressam que, por um lado, não existem verdades absolutas e, por outro, a verdade é sempre uma interpretação – um ponto de vista político – daquilo que é qualificado enquanto verdadeiro. É a partir dessa perspectiva que os diversos discursos e documentos elaborados no âmbito da saúde global, com o foco principalmente sobre a população migrante, podem ser tomados como regimes de verdade.

Assim, mediante tal compreensão do discurso e a produção de verdades, trago, os documentos utilizados como materialidade de análise, explicitando as escolhas realizadas nesta dissertação.

≡ 2.3 Os documentos

Frente à lógica das grandes migrações atuais, alguns documentos foram elaborados de maneira a gestar a saúde desses sujeitos, que na ordem do discurso, encontram-se em estado de vulnerabilidade e oferecem um certo grau de risco as questões da saúde global e dos espaços nacionais. Esses documentos, são produzidos e distribuídos, principalmente, por órgãos de nível global como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a *Internation Organization for Migration* (IOM)⁹, a Cruz Vermelha (CV) e, também, por órgãos e agências nacionais, como os ministérios e secretárias de saúde e planejamento. Essas informações se encontram em circulação por meio das diferentes mídias físicas ou digitais, especialmente, na atualidade, com a forte intensificação dos fluxos de informação.

No que se refere à saúde, nessas publicações podem-se encontrar discursos ligados à segurança e aos riscos que as populações correm frente a desastres naturais, físicos e biológicos, epidemias e doenças. Também são apresentadas formas de prevenção, normas e medidas a serem tomadas frente a tais acontecimentos em ampla escala. Como exemplos, cabem a *Declaração Mundial da Saúde (1946)*¹⁰, as diversas versões do *Relatório Mundial da Saúde*

⁹ Tradução livre: Organização Internacional para Migração.

¹⁰ OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração Mundial da Saúde, 1946.

(2005¹¹, 2006¹², 2008¹³, 2010¹⁴), o *Global Immunization Vision and Strategy 2006-2015 (GIVS)*¹⁵, entre muitos outros.

Nessa perspectiva, Darsie (2014) diz que tais medidas, números e evidências conduzem à regulação das populações e moldam as espacialidades frente às técnicas de poder. Esses discursos podem ser tomados como verdadeiros, porque necessariamente estão elaborados pelas questões estatísticas e científicas, e também, são distribuídos por organismos representativos, fato que acaba implicando nas transformações e orientações que os indivíduos tomam perante o seu bem-estar, assim, fazendo valer os objetivos dos instrumentos biopolíticos.

As normas e medidas que se apresentam nesses documentos, em grande parte, buscam garantir a integridade da qualidade de saúde para todos, manter o bem-estar social, e também a segurança sanitária. Entretanto, levando em consideração as diferenças sociais, econômicas, políticas e culturais, entre os distintos espaços e nações, a maior parte dessas medidas vai ser aplicada sobre as populações mais vulneráveis, ou seja, as que apresentam maiores riscos à dinâmica de controle global.

O migrante é o sujeito que transita também pelas práticas produzidas por tais discursos, pois o trânsito entre o espaço é visto como passível de trazer mais riscos, não só à sua saúde ou dinâmica de vida, como também aos indivíduos e populações por onde se dão os fluxos migratórios. Nesse cenário, essas questões são um dos principais dilemas a serem tratados pelos órgãos e governos mundiais, pois lidam com opiniões e políticas adversas entre os

¹¹ Disponível em: <http://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf?ua=1>. Acesso em: 03 out. 2017.

¹² Disponível em: <http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf?ua=1>. Acesso em: 03 out. 2017.

¹³ Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1>. Acesso em: 03 out. 2017.

¹⁴ Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>>. Acesso em: 03 out. 2017.

¹⁵ Tradução Livre: Imunização Global: Visão e Estratégia 2006-2015. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/69146>>. Acesso em: 03 out. 2017.

estados-nações e fazem parte de um evento que não pode ser finalizado, no caso: a migração.

As orientações referentes à saúde e ao bem-estar dos migrantes seguem uma lógica de aplicação em escala populacional, com o intuito de que as mesmas eduquem tais sujeitos a fazerem uma modificação no seu comportamento em escala individual. Desse modo, pode-se pensar que, tais mudanças em escala individual, quando relacionadas, garantem transformações significativas no nível coletivo e garantem mais segurança no nível mundial. Como exemplo, citam-se as práticas de cuidado pessoal com o mosquito *Aedes aegypti*¹⁶, que em escala individualizada ajudam no combate coletivo ao mosquito e à prevenção das doenças que por ele são transmitidas.

Em grande parte, essas publicações estabelecem por meio de dados levantados pelas suas agências e nações em todos os cantos do planeta, números que mapeiam e delimitam as vulnerabilidades das populações. Assim, as estratégias de orientação e educação são organizadas para que, a partir da sua divulgação, os indivíduos e as nações adotem tais medidas, buscando meios de proteger sua população e territórios frente aos riscos apresentados, assim como a cooperação com os órgãos responsáveis em escala global. No momento em que os discursos elaborados pelas agências e órgãos responsáveis pela saúde global buscam dar conta do planeta como um organismo unificado, a população passa a ser o alvo e também o instrumento de poder.

Conforme Darsie (2014) os discursos se (re)produzem tanto por meio de alterações relacionadas às materialidades dos territórios de onde vêm os sujeitos, quanto pelos significados que passamos a atribuir a eles. Ou seja, quando a saúde, a educação, a política, a migração, entre outras questões entram no jogo no discurso, os eventos e as práticas (que também são discursos) relacionados a eles, as formas, os processos entre outros, acabam por tornar-se materialidades discursivas. Ainda para Darsie (2014), esses significados são associados às práticas culturais dos sujeitos que constituem as diferentes populações.

¹⁶ Mosquito causador de doenças como a Dengue, Zyka, Febre Amarela e Chikungunya.

Para Foucault (2014), as materialidades discursivas se constroem a partir de um complexo de discursos presentes e emergentes em um determinado tempo e espaço. Em outras palavras entendo que os documentos aqui analisados podem ser compreendidos como ‘materialidades discursivas’ e não meramente discursos, pois foram formados e elaborados através de uma série de relações entre os discursos e as práticas.

Em suma, os discursos reforçados pelas agências e organizações são concebidos primordialmente no contexto da saúde, entretanto as migrações são um processo multidimensional e que perpassa por diversos outros elementos como as questões culturais, políticas, sociais, econômicas e abrangem uma gama de disciplinas e campos diferentes. Com isso, os preceitos desses discursos não produzem apenas o modo com que o migrante cuida e gesta a sua própria saúde, quando atravessados pela lógica do poder, e das práticas (materialidade), constituem uma relação indissociável entre as diferentes escalas da sua vida, fato que acaba por caracteriza-lo a partir dos levantamentos que se apresentam nas publicações. Dessa maneira, as populações no geral e, em específico, as em deslocamento são educadas e produzidas a partir de dados, regulações, informações e medidas de controle de doenças, avisos, relacionados à saúde e ao corpo.

A partir da proposta de análise documental, apoiada na perspectiva pós-estruturalista e sob a ótica dos estudos foucaultianos em educação, utilizei ferramentas como a análise discursiva para apresentar uma descrição e discussão acerca dos documentos oficiais publicados pela OMS e pela IOM juntamente com demais órgãos responsáveis por campos que se relacionam às dinâmicas migratórias e que buscam organizar estratégias de controle e gestão da saúde das populações, principalmente aquelas que se direcionam a esse grupo de indivíduos e ao evento da migração. Isso abriu caminhos para que pudesse problematizar os discursos presentes nesses documentos, de forma a entender o modo com que entendem (produzem) o sujeito migrante frente a sua saúde e, conseqüentemente, ressignificam as formas de ser, ver e entender o próprio espaço.

Segundo Paraíso (2012), as estratégias de descrição e análise possibilitam que se procure e se mostre nos enunciados dos discursos as suas práticas e o modo em que ele atua quando em funcionamento. Ainda segundo a autora, esses processos acabam por tornar os discursos mais visíveis de forma a expor possíveis questionamentos, rupturas que podem delimitar ou dar novos sentidos as falas. Assim, analisam-se “as manobras, as táticas e os funcionamentos das posições estratégicas que dão efeito de conjunto a determinadas relações de poder em um discurso” (p. 39).

Sendo assim, a partir da lógica de descrever e analisar os discursos, operei no sentido de mostrar o que está exposto nos documentos sem a intenção de *desvelar* algo (o que significaria entender uma realidade pré-existente), mas sim, problematizar o que está ali transcrito. Segundo Fischer (2001) analisar o discurso é dar conta de relações históricas e de práticas muito concretas, que apresentam vida dentro dos próprios discursos, ou seja, para além das páginas ali transcritas, existem inúmeras e indissociáveis relações de poder e saber.

Sommer (2007) afirma que se deve rejeitar todo um conjunto de pressupostos linguísticos quando se propõe analisar discursos através de uma perspectiva foucaultiana, pressupostos esses que qualificam os discursos como a mera realização da fala de diversos sujeitos. Conforme Paraíso (2012), é a partir desse modo que se analisam “as manobras, as táticas e os funcionamentos das posições estratégicas que dão efeito de conjunto a determinadas relações de poder em um discurso”. (2012, p. 39).

Mas, como saber onde estão esses discursos? Em que lugar encontrá-los? Ainda me questioneei a respeito de sua distribuição: como chegar até eles? Foi nesse contexto e a partir dessas perguntas que, quando comecei a formulação do projeto dessa dissertação, passei a procurar determinadas materialidades discursivas que pudessem ser analisadas para que o objetivo desse trabalho fosse alcançado.

Assisti a documentários, programas de televisão, li diversas publicações, livros, cartilhas, folders, reportagens, informativos, artigos, teses e dissertações. Fiz grandes buscas nos bancos de dados dos sites da OMS, IOM, do Alto

Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) e da ONU. As investigações também se pautaram sobre os sites das agências de saúde e dos ministérios do Brasil, bem como de determinadas organizações não governamentais como a CV, e o Médicos Sem Fronteiras (MSF) entre outros.

Após a coleta de todos esses materiais, passei a operar no sentido de delimitar o que seria usado. No primeiro momento, gostaria de analisar todos os materiais encontrados, pois me provocavam diversos questionamentos e tensionamentos sobre a migração; entretanto, ao tomar contato com os materiais, ficou evidente que, devido ao seu volume, não conseguiria ter fôlego suficiente para analisar minuciosamente todas as fontes encontradas, no período do mestrado.

Para selecionar com quais objetos trabalhar, passei a delimitar alguns pressupostos no sentido de dar um determinado foco às análises. Como optei por trabalhar com ‘migrantes’ – todos os tipos de pessoas em processo de deslocamento –, descartei os materiais que apresentavam foco exclusivo sobre as questões relacionadas aos refugiados. Também optei por trabalhar com documentos (relatórios e publicações) disponibilizadas pelas Organizações Governamentais Internacionais que representavam a partir de meu ponto de vista, uma maior interação com os temas da migração e da saúde, sendo elas a OMS e a IOM.

Com essa delimitação apenas alguns documentos me restaram, a opção de escolha foi feita a partir de determinados temas presentes neles que conseguiam conversar e que melhor abordavam o foco da pesquisa. Assim, com as delimitações dos principais operadores teóricos da pesquisa e o conteúdo dos documentos, passaram a ser meu foco de análise o *International Migration, Health and Human Rights* publicado no ano de 2013 pela IOM, OMS, e o Escritório do Alto Comissário de Direitos Humanos das Nações Unidas (EACDH) e o *Migration Health: Annual Review 2015* disponibilizado no ano de 2016 pela IOM.

Nas subseções seguintes busco apresentá-los, mostrando como ambos estão organizados, quais são os seus conteúdos e como eles desenvolvem a

temática da Migração e da Saúde. Posteriormente seus excertos serão debatidos nos capítulos de análise dos dados.

2.3.1 *INTERNATIONAL MIGRATION, HEALTH AND HUMAN RIGHTS (2013)*

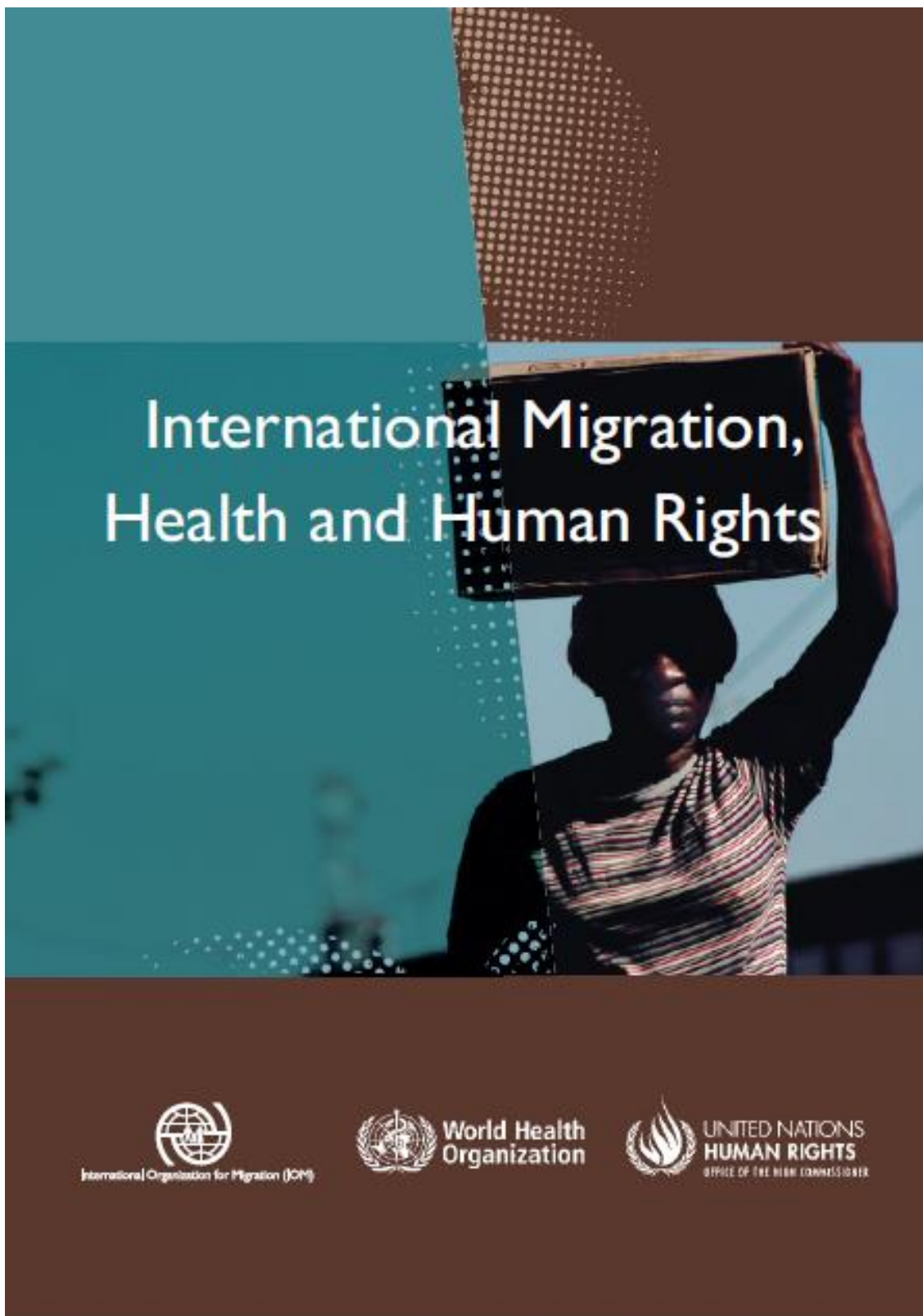


Figura 1 – Capa do “*International Migration, Health and Human Rights*”

O relatório sobre “Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos¹⁷” publicado por uma parceria entre a OMS, a IOM, e o EACDH no ano de 2013, apresenta relatos e dados apurados e produzidos por agentes das próprias instituições, em diversos locais do planeta, de forma a abranger dentro dos seus três temas principais, questões voltadas à migração internacional (sem foco nas escalas nacionais ou regionais), à saúde proporcionada aos migrantes e questões pertinentes aos direitos humanos das populações em deslocamento internacional.

O documento de 64 páginas é dividido em um prefácio, uma introdução, três seções distintas que trabalham com temas acima mencionados e uma seção de conclusões. Além disso, estão presentes alguns anexos referentes a leis e decretos que visam uma melhor compreensão sobre os temas abordados no documento. A publicação e distribuição é feita exclusivamente por plataformas virtuais nos sites das organizações e encontra-se exclusivamente em inglês – umas das línguas oficiais da ONU¹⁸.

Em seu prefácio, os diretores gerais dos três órgãos envolvidos com a publicação alertam para o cenário atual as migrações e deslocamentos internacionais, citando as causas e motivos que determinam tais ocorrências nos dias de hoje. Além disso, trazem a questão da saúde do migrante como um dos campos que precisam e demandam uma maior atenção pelos governos mundiais.

Os autores atentam para a grande diversidade da população e as consequentes mudanças nos perfis culturais e perspectivas dos migrantes frente aos cuidados com a saúde, mas também relatam sobre os desafios atuais associados à complexidade, ao volume, à velocidade, à diversidade e à disparidade dos Fluxos migratórios para assegurar que todos os migrantes possam realizar o seu direito fundamental à saúde.

¹⁷ Tradução livre.

¹⁸ A ONU possui seis línguas oficiais: árabe, chinês, espanhol, francês, inglês e russo. As reuniões oficiais são traduzidas simultaneamente para tais idiomas, assim como alguns dos documentos oficiais, tanto impressos em papel quanto on-line.

Ainda, os diretores deixam explícito, nas primeiras páginas da publicação, que o objetivo principal da mesma é fornecer a todas as partes interessadas (em distintas instâncias) uma referência sobre questões-chave de saúde e direitos humanos no contexto da migração internacional, de forma a desenvolver uma maneira de ajudar e “inspirar” os formuladores de políticas públicas. Também citam que o foco do trabalho pode ajudar na elaboração de novos e norteadores programas de migração com uma atenção ampliada nas considerações de saúde e imperativos de direitos humanos, com vista a proteger os direitos humanos e melhorar a saúde dos migrantes e das comunidades em que vivem.

Na introdução, o foco se volta para alguns dados, leis e determinações que estavam em vigência no ano de 2013 – a maioria delas continuam, mas com pequenas alterações – de forma a mostrar e explicitar o contexto migratório e apresentar ao leitor o que justifica a busca por novos caminhos e políticas de migração mais abrangentes. Um dos principais problemas que as agências encontram hoje e que estão citados no texto é a grande dificuldade de elaboração de políticas migratórias que possam gestar os fluxos em todo o globo de maneira abrangente, sendo que o grande diferencial é que muitos dos países não adotam tais medidas, possuindo inúmeras políticas, muitas vezes adversas às propostas pelos órgãos, o que, conseqüentemente, causa determinados impasses tanto para as agências como para o próprio migrante.

Na página 11 do documento é apresentada uma das medidas sancionadas (imagem abaixo) durante a 61ª Conferência Mundial de Saúde promovida pela OMS em Madrid na Espanha em 2008, e que elegeu as ações principais a serem todas pelos órgãos em nível global. Dentre elas estão o maior monitoramento da saúde dos migrantes, que em escala global oferece grandes riscos, uma maior estruturação jurídica e política que dê conta de ajudar a populações em deslocamento, garantir o acesso do migrante a sistemas de saúde e manter equidade e disponibilidade de saúde para todos e promover parcerias entre sistemas públicos, privados, nações, empresas, etc.

Ainda na introdução, são apresentados fatores que qualificam e desqualificam a saúde dos migrantes, bem como os principais problemas pelos quais eles passam, principalmente questões relacionadas à vulnerabilidade de

sua saúde, como também o tráfico, a violência a xenofobia e preconceito. Após, são apresentados os eixos temáticos dos próximos capítulos e sobre quais perspectivas os mesmos serão abordados.

Seguindo pela publicação, no primeiro dos capítulos temáticos, intitulado “*International Migration: Scope and Trends*¹⁹”, é apresentado um mapa como forma de introduzir os fluxos migratórios atuais. O capítulo atenta para a grande quantidade de pessoas vivendo fora dos seus países de origem e apresenta dados derivados do Relatório de Migração Mundial da IOM²⁰ de 2010, onde estima que se a migração continua a aumentar ao mesmo ritmo que nos últimos 20 anos, o número de migrantes em todo o mundo poderia chegar a 405 milhões até 2050, quase o dobro dos aproximadamente 214 milhões citados no documento.

No segundo capítulo intitulado “*Migrants and the right to health*²¹” o documento alerta para a tomada dos direitos humanos frente à lógica de direito a saúde. Os direitos humanos são tidos como universais e de primogenitura de cada ser humano, salvaguardando a dignidade de valor igual a todas as pessoas, sendo considerados inalienáveis, interdependentes e interrelacionados. Ainda é esclarecido no documento que há diferentes classes de direitos humanos, abrangendo os direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais, e que é papel indispensável dos estados, preservá-los e oportunizá-los.

Nesse capítulo, a saúde se articula à lógica de direito civil, onde é vista como algo indispensável ao ser humano e sua dinâmica de vida. Discute-se principalmente as questões voltadas ao não cumprimento dos direitos humanos e à discriminação por diversos causas. É ressaltado que, no caso das populações em migração, o contexto do processo torna os indivíduos mais vulneráveis, o que tende a desdobrar uma série de violações aos direitos dos indivíduos, onde um deles, é a disponibilidade de saúde.

¹⁹ Tradução livre: Migração internacional: escopo e tendência.

²⁰ Disponível em: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2010_english.pdf>. Acesso em: 13 de fev. 2017.

²¹ Tradução livre: Os migrantes e o direito à saúde.

Ainda nas páginas seguintes, se discute a interdependência dos direitos humanos e da saúde frente as políticas globais, nacionais e locais. São abordados temas como o direito à alimentação saudável, direito à moradia, o direito ao trabalho e as atividades laborais, o direito à segurança e o direito à família, como constitutivos no que se refere à migração e à saúde do indivíduo.

Na seção “*Health challenges of the migration process*”²² são abordadas questões relativas ao processo de migração e os principais acontecimentos que passam a tornar a saúde do migrante como um ‘delicado’ instrumento de responsabilidade global. Em seguida, são apresentados os fatores que colocam a saúde do migrante em risco, argumentando-se que os mesmos podem estar relacionados às circunstâncias presentes antes da partida, durante o percurso e, em alguns casos, ao regressar ao local de origem, como é apresentado na figura 2.

Figure 4. Aspects of the various migration stages that can affect migrants’ health⁷⁶

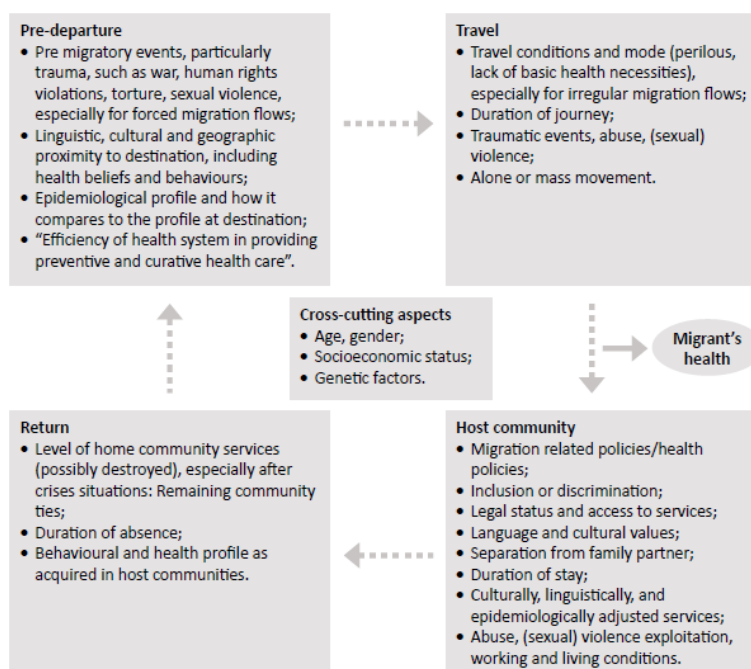


Figura 2 – Aspectos dos vários estágios das migrações que podem afetar a saúde dos migrantes

Após, são apresentadas as principais diferenças nas vulnerabilidades da saúde entre os migrantes. De acordo com o documento, o risco de doenças e

²² Tradução livre: Desafios da saúde no processo de migração.

outras questões adversas é maior para certos grupos de migrantes, especialmente os migrantes originários de áreas de pobreza, aqueles que são deslocados por um conflito ou uma catástrofe natural, pessoas com condições de saúde pré-existent, migrantes crianças, idosos, jovens, aqueles com pouca instrução e baixas competências linguísticas. Além disso, os migrantes sujeitos à exclusão jurídica, econômica e/ou social (especialmente migrantes em situação irregular) podem ser desproporcionalmente vulneráveis à contração de doenças e ao desenvolvimento de problemas de saúde resultantes de condições de vida precárias.

Por último, o foco se volta à saúde do migrante frente aos sistemas nacionais de saúde. O grande desafio de disponibilizar saúde a todos e com qualidade geralmente encontra impasses, sendo que o documento cita que os principais se relacionam às barreiras linguísticas e culturais, tanto pela falta de conhecimento da língua local pelo migrante, quanto pelos profissionais de saúde. Nessa direção, também é citado que, no contexto de migração, necessita-se de maior competência cultural, o que implica em familiarizar-se com os aspectos de saúde, sociais, culturais, religiosos e de gênero em relação à experiência dos migrantes.

Ao chegar nas conclusões, os autores buscam mostrar todo o percurso na construção do documento, desde a relevância dos direitos humanos como forma de proteção permanente a todos, até a saúde como um bem individual e coletivo. É novamente ressaltado que a intenção da publicação é muito maior que apresentar apenas dados, mas, sim, auxiliar no desempenho de uma melhor saúde pública para todos, de forma que sejam elaboradas novas práticas, ou práticas ainda melhores no que se refere à disponibilidade e gestão da saúde a nível global, e, nesse caso em específico, à saúde dos migrantes.

2.3.2 MIGRATION HEALTH: ANNUAL REVIEW 2015 (2016).

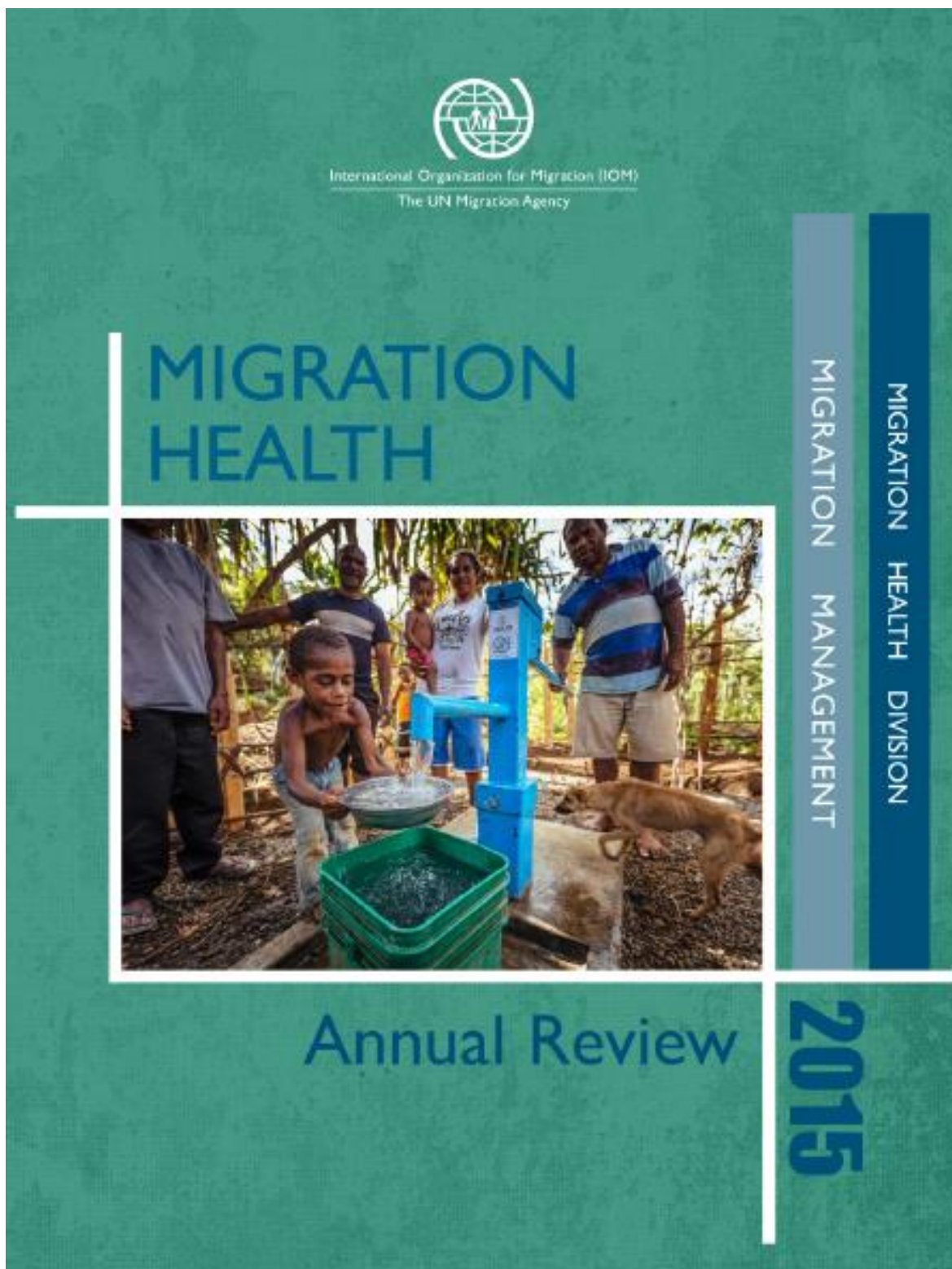


Figura 3 – Capa do *Migration Health: Annual Review 2015*).

Outro material que analiso é o “Migração e Saúde: revisão anual 2015²³”. O documento foi publicado no ano de 2016 pela *Migrant Health Division* (MHD), divisão interna sobre saúde e migração da IOM com o principal objetivo de apresentar dados referentes aos processos migratórios e suas implicações para a saúde das populações, ocorridas no ano anterior, como forma de realizar um balanço dos ocorridos, organizar novas estratégias e alertar as populações sobre determinados assuntos e temas.

A mensagem do diretor geral da MHD abre as seções que compreendem as 112 páginas do documento. Em seguida, na primeira parte a divisão aborda os temas emergentes em migração e saúde, tratando principalmente sobre a agenda ‘sem fim’ do tema. A segunda parte do documento mostra os principais destaques das atividades da MHD da IOM no ano de estudo. Por fim, são apresentados, como anexos, alguns documentos produzidos no mesmo ano e alguns gráficos e tabelas estatísticas sobre a migração em 2015.

O prefácio do documento atenta primeiramente para a situação atual da migração no planeta, onde a agência ressalta que a ligação entre a migração, a mobilidade humana e a saúde são um domínio em evolução de importância crítica, sendo que, nos últimos anos, os temas vêm ganhando espaço frente aos aspectos da saúde pública e da segurança da saúde, dos direitos humanos, da equidade e do desenvolvimento humano e social. Essas afirmações são feitas a partir da compreensão de que a migração é um determinante da saúde.

Na seção I, intitulada “*Emerging themes in migration and health*²⁴”, a publicação começa tratando do marco histórico que o ano de 2015 representa para o tema, em virtude do massivo número de pessoas migrando e se refugiando em outros países. No texto é citado principalmente o fluxo de entrada de migrantes e refugiados, na Europa, e o grande impacto às nações, tanto em questões econômicas como culturais e sociais, causado por essas populações.

Em sequência, é citado que a saúde ganhou maior destaque dentro das questões migratórias, principalmente sobre o seu direito como bem social e de

²³ Tradução livre.

²⁴ Tradução livre: Temas emergentes em migração e saúde

desenvolvimento. Contudo, foram os grandes acontecimentos catastróficos, que deram a ela a devida atenção. Segundo os escritos, o alarmante surto de Ebola pela África e sua rápida disseminação pelo globo, através dos deslocamentos – caracterizados principalmente pelo tráfego aéreo de passageiros – permitiu estimar o tamanho do efeito de uma má gestão ou nula gestão com a saúde das populações migrantes. Com isso, o tema passou a compor as agendas mundiais, tanto dos Estados nacionais como das próprias agências.

Além disso, dentro ainda da parte I, o documento passa a mostrar algumas das estratégias desenvolvidas no ano de 2015, como forma de controle e gestão da saúde. Como exemplo, cito o quadro de gestão da saúde, fronteiras e mobilidade (figura 4) desenvolvido após o surto de Ebola na África Ocidental.

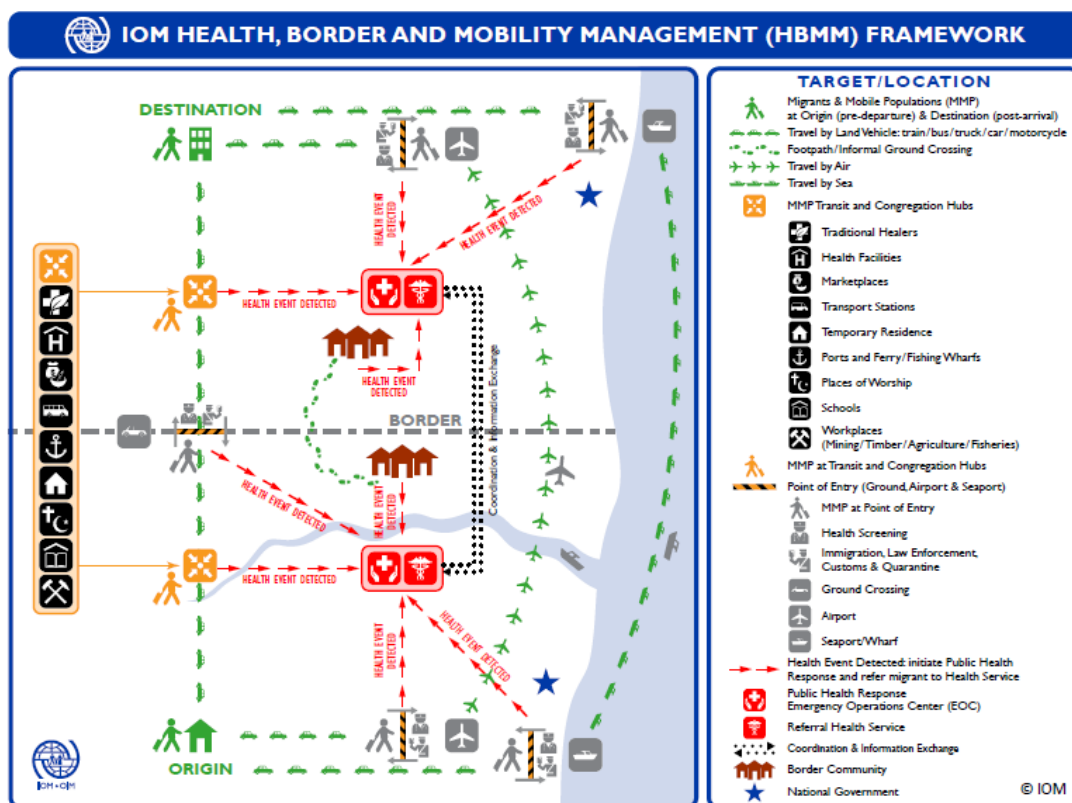


Figura 4 – Mapa do plano de Gestão, Saúde, Fronteira e Mobilidade.

Na segunda seção chamada “*The Migration Health Division’s highlights of activities, 2015*”²⁵, o documento apresenta diversos dados referentes às

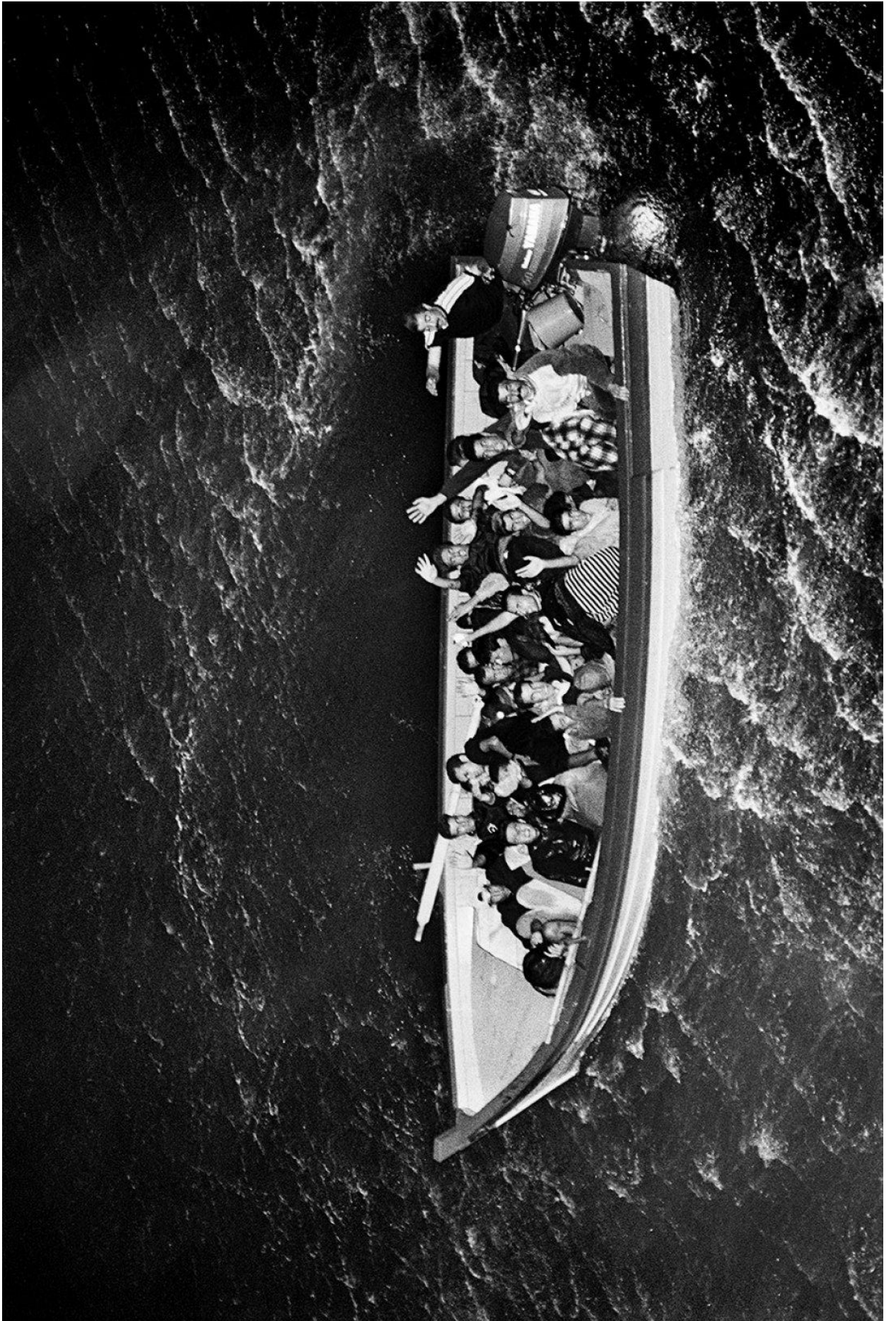
²⁵ Tradução livre: Divisão de Migração e Saúde: Destaque das atividades de 2015.

atividades desenvolvidas pela IOM, frente aos migrantes em todos os locais do planeta, divididas por continentes. Dentre as ações, estão expostos os programas contra a Tuberculose (TB) e o *Human immunodeficiency virus* (HIV), a luta contra a subnutrição das crianças migrantes, entre outros. Na sequência, o documento apresenta diversos dados sobre investimentos feitos em forma de assistência à saúde, prevenção e controle de doenças com migrantes.

Além disso, abre-se uma discussão a respeito dos programas de Avaliação de Saúde de Migração e Assistência de Saúde em Viagem, apresentando como a IOM e a OMS atuam junto aos serviços estatais e privados para melhorar os dados relacionados à saúde dos migrantes. Por todo o documento, existem quadros referentes a práticas já elaboradas nas questões relacionadas ao cuidado com a saúde e o processo de migração.

Nas seções seguintes, a pauta volta-se para as regiões do planeta, onde são mostrados os principais aspectos relacionados à saúde dos migrantes. Além disso, são apresentados os constantes investimentos feitos pela esfera pública e privada na área da saúde pública em relação à absorção dos migrantes pelos sistemas de saúde como forma de superar e mudar diversos problemas que estão relacionados ao processo. As preocupações e barreiras que as organizações e governos vêm encontrando nas questões relacionadas ao cuidado e prevenção, bem como o desenvolvimento de programas relacionados à saúde pública também ficam evidentes nessa seção do documento.

Por se tratar de um anuário que tem por objetivo levantar dados estatísticos e, possivelmente, organizar novas políticas públicas ou medidas de controle e gestão dos processos migratórios ou da saúde, o documento não apresenta uma conclusão, mas traz uma série de anexos que representam e retratam os diversos esforços e investimento feitos nas áreas tratadas durante o ano de 2015.



3. A PRODUÇÃO DO ESPAÇO MIGRANTE

Se, um dia, foi o “tempo” que moldou o ângulo privilegiado de abordagem, hoje, como é dito frequentemente, este papel foi ocupado pelo espaço. As reações oscilaram entre o regozijo e o medo. Uma das forças mobilizadoras do pensamento das ciências sociais, nos últimos anos, foi um impulso em reagir positivamente: “espacializar”.

MASSEY, Doreen. 2009, p. 99.

O processo de globalização trouxe consigo inúmeras e drásticas mudanças nos modos como vivemos hoje. O tempo tornou-se uma escala fragilizada quando se relaciona à vida. Os fluxos e a multiplicidade de trajetórias que se criam no âmbito da vida e, principalmente, a imaginação de um mundo totalmente interligado e contínuo, tiraram dele sua principal fonte de alimentação: a cronologia.

No que se refere ao espaço, pensar e discutir questões relacionadas ao mesmo são ações que, muitas vezes, podem ser consideradas desafios, especialmente no contexto dos debates acadêmicos. As mais variadas formas de uso e de compreensão acerca daquilo que o termo representa, o transformam em um emaranhado de entendimentos que envolvem sujeitos, estruturas e saberes. Assim, destaco que o seu uso em diversos campos de trabalho, muitas vezes ambíguos, o tornam um conceito amplo, havendo a necessidade de apresentar a perspectiva de seu uso.

Como ponto de partida, exemplifico que, segundo o dicionário Aurélio (2010), o termo espaço deriva do Latim – *Spatium* – e pode ser entendido como:

1. Extensão limitada em uma, duas ou três dimensões; distância, área ou volume determinados.
2. Extensão ideal, sem limites, que contém todas as extensões finitas e todos os corpos ou objetos existentes ou possíveis.

Quando o espaço é entendido como uma “extensão limitada”, seu uso aplica-se especialmente em situações nas quais, por algum determinado acontecimento, é necessário medir uma distância, calcular um volume ou área; ou seja, tal conceito apoia-se em uma ordem cartesiana para limitar sua existência e distinguir-se do espaço absoluto. Já quando o espaço é entendido como “extensão ideal”, configura-se como o espaço sem limites, onde se situam todas as finitudes possíveis, como a vida, as produções por ela realizadas e os seres. Também em outra vertente é esse espaço que abriga o universo, e tudo que nele for criado, transformado ou idealizado.

Como visto nos exemplos citados acima, o espaço pode ser apresentado de diversas formas; dessa maneira, é necessário evidenciar como esse conceito é compreendido no presente trabalho. Para isso, entendo que é preciso tanto a explicação do lugar em que se situa o pesquisador, como a discussão do conceito propriamente dito.

Assim, em primeiro lugar, argumento, que, nessa dissertação, operei com o espaço a partir da perspectiva geográfica, bem como suas delimitações e características presentes nesse campo de estudo. Sob o olhar geográfico, o espaço é tratado como uma forma ideal e indissociável de sistemas, objetos e ações que estabelecem e produzem as relações sociais e os sujeitos nelas inseridos (SANTOS, 2009).

Para aprofundar tal discussão, nas seções seguintes, busco conversar com alguns teóricos sobre o conceito de espaço e sua produção ligada às relações sociais: as espacialidades. Em seguida, abordo o tema das migrações e seus processos, e por último, trago uma discussão referente à relação entre o espaço e o migrante, de forma a demonstrar como práticas, técnicas e acontecimentos acabam por delimitar novas espacialidades e ressignificar o espaço, produzindo os sujeitos que nele se inserem.

3.1 O Espaço e as Espacialidades

Sob a ótica da geografia, o espaço pode ser entendido como o produto das relações sociais; através da dimensão indissociável de tempo, ele é a esfera das possibilidades para as multiplicidades, diferenças e antagonismos que expressam a pluralidade contemporânea da existência. É nele que se exerce a vida, oportunizando-se as heterogeneidades dos acontecimentos, os quais transformam as variadas formas de existências. O espaço constitui-se a partir da transformação, está sempre em construção, é um produto de ‘relações-entre’, ‘relações que estão’ necessariamente relacionadas às práticas materiais que devem ser efetivadas, está sempre em processo de fazer-se, não é finito e nem fechado, seu principal sinônimo é reprodução (MASSEY, 2009).

Também, tomo aqui minha posição teórica frente ao modo de utilização do conceito, o qual será um argumento essencial para as discussões aqui abordadas. Penso no espaço como algo produzido pelas inter-relações sociais e materiais, que se constituem desde o imenso do global até as mínimas singularidades do local, de maneira difusa e não sequencial, dando (re)significações a vida, sendo que a força que move essas relações é a ação humana e suas práticas espaciais (LEFÉBVRE, 1991). Segundo Darsie (2014), o espaço em suas diferentes estruturas molda a vida a partir de nossas práticas sociais, individuais e coletivas, o que vai ao encontro da afirmação de Massey (2009), que apresenta o espaço como uma produção multifacetada de ressignificações e que se encontra a todo momento em transformação.

Segundo Santos (2009), o espaço é formado por um conjunto indissociável, abrangente e muitas vezes contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, que não podem ser considerados como ‘ilhas’ isoladas, mas sim como um arquipélago, no qual a sua relação e história acontece. O autor ainda identifica que é necessário considerar o espaço, primeiramente, como sendo formado a partir da junção gradual e desigual de tempos (SANTOS, 1982).

Salgueiro (1998) e Heidrich (2002) ressaltam que o espaço pode ser entendido como formas e conteúdo, métodos e saberes, a partir da integração

entre materialidade e as ações sociais que o transformam e o permeiam. Essa condição reformula a existência no espaço e acaba por difundir o social e o histórico, gerando determinadas contradições. Pode-se entender que, em determinados espaços, existem diferentes sujeitos que possuem diferentes relações com o próprio espaço onde se encontram. E, além disso, torna-se compreensível que algumas questões voltadas à ressignificação de espaços ou formas de vida podem reconfigurar as formas e práticas da dinâmica espacial pré-existentes.

Ainda, para Santos (2009), o espaço precisa ser considerado como totalidade: conjunto de relações realizadas através de funções e formas apresentadas historicamente por processos tanto do passado como do presente. Desse modo, segundo Saquet e Silva (2008), o espaço, além de instância social que tende a reproduzir-se, tem uma estrutura que corresponde à organização feita pelo próprio homem. Por sua vez, Colucci e Souto (2011) afirmam que o conceito de espaço não está dissociado dos aspectos históricos e culturais, e que a partir deles há um favorecimento para a estruturação socioprodutiva do espaço, além da conjuntura na qual se dão estas relações e as possibilidades de reestruturação do mesmo.

Ser, sentir, delimitar, modificar, produzir, e dizer espaço: tudo isso pode ser entendido como ele próprio, ou seja, como o próprio espaço que se encontra em constante transformação e, conseqüentemente, produção (DARSIE, 2014). Baseado no referido autor, exemplifico tal afirmação a partir da noção de que compramos parcelas do espaço, demarcamos o espaço dividindo-o em áreas e/ou regiões, projetamos significados ao espaço produzindo, assim, lugares, abrimos, fechamos e alugamos territórios do espaço. Ainda, otimizamos, transformamos e construímos o espaço. No limite, somos espaço, pois ele, por meio de seus atravessamentos, ao mesmo tempo que é produzido, também nos produz como sujeitos.

Para tratar dessas significações e mudanças do espaço, deve-se considerar que o mesmo não se encontra delimitado ou fechado, como já havia citado posteriormente, e que seus aspectos são mutáveis na medida em que as relações se estabelecem. Nessa direção, pode-se entender que o espaço produz

os próprios sujeitos que nele estão inseridos – ao mesmo tempo que ele é produzido pelos mesmos. Essa relação acaba por produzir uma continuidade e que se materializa a partir da interação do social com a dimensão ambiental, surgindo assim as chamadas ‘espacialidades’.

Segundo Soja (2008), Massey (2009), Santos (2009) e Darsie (2014), espacialidades são entendidas como todas as dinâmicas, de todas as esferas, que agrupam as mais distintas formas de relações sociais e que se articulam às materialidades espaciais já existentes, formando novos modos de ver, ser, viver e produzir o espaço, a partir dos atravessamentos que causa nos sujeitos. As espacialidades podem ser entendidas como uma forma de identificação com o espaço, ou seja, uma identidade produzida por ele mesmo. As relações entre as identidades e as espacialidades são co-constitutivas e se encontram em constante resignificação através de suas formas de interação, que não são capazes de serem desassociadas (MASSEY, 2009).

Ramos (1982) apresenta as espacialidades como um processo em movimento pelo espaço social e histórico, incluindo tanto o realizado quanto o possível, num constante movimento dialético. As ideias do autor vão ao encontro dos argumentos de Soja (1993) e Murdoch (2006), quando afirmam que é justamente a articulação entre esses elementos que faz surgir novas materializações ao espaço, deslocando-o para uma nova dimensão e que o classificam como algo ‘vivo’, tão importante quanto a dimensão do tempo.

Além disso, deve-se entender as espacialidades como divergências singulares, ou seja, novas maneiras de constituição de algo pré-existente: novos padrões culturais, novas tradições político-sociais, novas formas de moldar a vida, novas dinâmicas populacionais e de mobilidade social. As espacialidades são relações indevidas de produção social da existência dentro de um grupo de sistemas e que determina a existência humana (COLUCCI; SOUTO, 2011).

Assim, o espaço torna-se uma esfera que não efetivamente se limita a uma dinâmica autônoma de comportamento, pois o que realmente lhe atribui significado são as espacialidades. O espaço é, portanto, moldado de diversas maneiras pelas espacialidades, a partir do seu próprio uso como dimensão

existencial que garante a vida e seus diversos elementos. O espaço, portanto, é onde ocorrem as dinâmicas sociais que, relacionadas entre si, transformam tanto suas próprias feições quanto as formas espaciais (DARSIE, 2014).

Neste contexto, pode-se pensar que a biopolítica também interage com a lógica de produção do espaço, porque como lembra Foucault (2000) ela age sobre a população como corpo espécie, o que acaba por produzir determinados alinhamentos espaciais e passa a delimitar as relações sociais que marcam e constituem o espaço. Assim, a biopolítica emerge do espaço, por meio de suas demandas e dinâmicas e passa a reorganizar e produzir novos modos de vida balizados, muitas vezes, pelas próprias relações espaciais.

Uma das dinâmicas que se desenvolvem no espaço e, conseqüentemente o produzem por meio da biopolítica, atualmente, são aquelas ligas aos processos migratórios. Tais processos operam no sentido de ressignificar o espaço através das interações de seus praticantes juntamente com as espacialidades e o conjunto de verdades que o envolvem. Diante disto, apresento a seguir uma contextualização dos processos migratórios atuais no mundo, de forma a marcar quem são os seus sujeitos e quais acontecimentos desencadeiam esse processo.

3.2 As migrações

É possível afirmar que a migração é algo intrínseco às dinâmicas de vida humana. Desde os seus primórdios, os deslocamentos estiveram presentes nas marcas históricas e de constituição social desenvolvida pela humanidade. Foi preciso adaptar-se ao espaço e, através dele, buscar a sobrevivência. De fato, a humanidade se constituiu na busca por alterações nos seus modos de vida, nas suas relações com o espaço e nas transformações proporcionadas a eles, ou também, apenas isso tudo tenha sido uma resposta a um movimento que necessariamente ampliou os sentidos do ser e mudou o foco da escala do “fixo” para o “transitório”.

A palavra migrar em sua etimologia, deriva do Latim ‘*migro*’ e seu significado encontra-se no ato de mudar periodicamente de espaço, lugar, região, território. A partir disso, os sujeitos que se constituem ou que exercem esse ato acabam por ser denominados de ‘migrantes’. Entendo, portanto, o migrante como todos os indivíduos que, por motivos diversos, encontram-se em deslocamento pelo espaço.

Os motivos para o surgimento das migrações são desconhecidos, mas sabe-se que, primeiramente, a adaptação humana, como modo de sobrevivência, frente ao meio natural, antes mesmo das sociedades antigas²⁶, fez com que os ancestrais mais distantes do *Homo sapiens sapiens*²⁷ migrassem. Com o desenvolvimento das sociedades humanas, foram surgindo novos processos e novas dinâmicas.

Segundo Doberstein (2010), durante o período de transformação da sociedade, desde a idade antiga até a contemporaneidade, foram vários os deslocamentos que marcaram a história humana: por exemplo, os antigos povos que viviam onde hoje situa-se o Egito no século XIII a.c., escaparam da escravidão no Egito e foram em busca de libertação na região onde localiza-se hoje a Palestina. Já no século IV e V d.C., os povos Bárbaros migraram e invadiram parte do Império Romano (SCHMIDT, 2008).

No século VII, com o esforço de disseminar sua religião, os muçulmanos deixaram a península Arábica e conquistaram o norte da África, bem como parte do oeste asiático. Os francos forçaram os saxões a migrar para o norte da Europa no século VIII (SCHMIDT, 2008). Entre os anos de 900 e 1100 d.C., os Vikings fixaram-se no oeste europeu e também conquistaram parte da Inglaterra (VELASCO, 2013). A partir de 1200, o povo mongol do centro da Ásia expandiu suas conquistas pela Ásia e o leste europeu.

Ainda segundo Schmidt (2008), as grandes navegações ocorridas durante o século XV e XVI proporcionaram o descobrimento de novos territórios,

²⁶ Período histórico que surge aproximadamente à 4.000 a.c. com a invenção da escrita e perdura até 476 d.C. com a queda de Roma.

²⁷ Nomenclatura científica do indivíduo humano atual. Do latim: “Homem que sabe o que sabe”. Subespécie do *Homo sapiens*.

ocasionando, mediante os processos coloniais, o deslocamento de uma grande massa de pessoas para essas novas terras. Também o grande tráfico de escravos africanos no mesmo período e, mais tarde, as revoluções industriais, proporcionaram fluxos diversos para lugares distintos.

Na contemporaneidade e, principalmente, a partir da década de 1970, do século passado, os processos migratórios começam a apresentar múltiplos trajetos e novas configurações. São diversos os motivos por quais as populações migram atualmente, sendo que a principal questão motivadora dos processos é a busca por uma melhor condição de vida. Para a OMS, qualidade de vida é entendida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p. 3, 2002).

A busca por qualidade de vida abrange vários elementos, destacando-se melhores oportunidades de emprego e recursos de cunho econômico, melhor acesso e condições de educação, saúde de qualidade, segurança pública, saneamento básico, entre outros. É preciso ainda apontar que nem todos os tipos de migrações acontecem a partir da vontade do migrante: as chamadas migrações forçadas se configuram no deslocamento obrigatório das populações por motivos de guerras, perseguições étnicas, políticas ou religiosas, desastres naturais e outros.

Nos documentos analisados – e no trecho a seguir – fica evidente que esses deslocamentos ocorrem principalmente por esses motivos.

“Today, more than 214 million people are living outside their countries of origin. They have left their homes for a variety of reasons, including conflict, natural disasters or environmental degradation, political persecution, poverty, discrimination and lack of access to basic services and the search for new opportunities, particularly in terms of work or education” (p. 7)

Assinala-se que, quando a migração ocorre por falta de garantia dos direitos civis e políticos, o processo desencadeia uma grande fragilização dos meios sociais frente à gestão dessas populações – como é o caso dos refugiados –, o que as tornam a parcela mais vulnerável dentro do processo de deslocamento comparado aos outros migrantes. Neste contexto, estimativas²⁹ indicam que o número de refugiados hoje já passa dos 60 milhões.

Weintraub, Tittanegro e Vasconcellos (2014) afirmam que existem duas formas de migração: as migrações nacionais que ocorrem dentro do território de uma nação, limitando-se ao mesmo, e as migrações internacionais, que implicam no cruzamento de fronteiras entre nações. Em ambas, as características culturais identitárias acabam por implicar em novos e diversos modos de compreensão do mundo. Dessa forma, questões a respeito das legislações que ainda se pautam entre as nações de forma ambígua, questões relacionadas à integração e as reconstituições identitárias, configuram-se como um problema frente à gestão global dessas pessoas.

Ainda segundo os autores citados acima, as maiores facilidades de transporte encurtaram as distâncias entre os diversos espaços que anteriormente encontravam-se muitas vezes isolados, abrindo o fluxo de movimento entre os países. Entretanto, para Dias e Gonçalves (2007), as migrações, principalmente as internacionais, passaram a ser um dos maiores desafios a nível global.

Nesse cenário, novos debates sobre as migrações começaram a ser tomados no âmbito da ONU. Em 1951, foi criado o chamado “*Provisional Intergovernmental Committee for the Movement of Migrants from Europe*

²⁸ Tradução Livre: Hoje, mais de 214 milhões de pessoas vivem fora de seus países de origem. Eles deixaram suas casas por uma variedade de razões, incluindo conflitos, desastres naturais ou degradação ambiental, perseguição política, pobreza, discriminação e falta de acesso a serviços básicos e busca de novas oportunidades, particularmente em termos de trabalho ou educação (Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos. p. 7, 2013).

²⁹ Disponível em: <<http://www.unhcr.org/5748413a2d9>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

(PICMME)³⁰, responsável pela gestão de reassentamento e transporte de mais de 11 milhões de pessoas desenraizadas pela segunda guerra mundial. Em 1952, houve a troca de nome para “*Committee for European Migration (CEM)*”³¹ e, pouco depois, em 1953, quando deixou de gestar apenas o fluxo europeu e voltou seu trabalho principalmente aos países subdesenvolvidos, passou a chamar “*Intergovernmental Committee for Migration (ICM)*”³².

Mais tarde, em 1980, o contexto geopolítico global fez com que o referido comitê deixasse de apenas organizar a logística das migrações, fazendo então uma transição e elevação do seu grau de importância, tornando-se uma agência dentro da ONU e passando a chamar-se “*International Organization for Migration (IOM)*”³³. Atualmente a IOM atua em conjunto com os governos e a sociedade civil para a promoção e compreensão das questões migratórias como forma de incentivar o desenvolvimento sustentável, econômico e social através da migração, bem como defender as questões de bem-estar e direitos humanos dos migrantes.

Segundo a própria IOM³⁴ (2017), desde sua mudança da escala europeia para a global, a agência realizou diversas intervenções que envolveram retirada de civis ou proteção a migrantes, entre as quais citam-se: Revolução Húngara em 1956, conflito da Checoslováquia em 1968, golpe militar chileno em 1973, Guerra do Vietnã em 1975, invasão do Kuwait em 1990, no Kosovo e no Timor em 1999. A IOM também exerce seu papel frente aos desastres naturais que acontecem ao redor do globo. Em 2004, atuou com ajuda humanitária no salvamento e tratamento das populações atingidas pelo tsunami causado por um terremoto no Oceano Índico, que vitimou mais de 230 mil pessoas em vários países, principalmente na Indonésia. Também atuou em outros acontecimentos como os terremotos no Paquistão em 2005, na China em 2007, na Itália em 2009,

³⁰ Tradução livre: Comitê Intergovernamental Provisório para o Movimento dos Migrantes da Europa.

³¹ Tradução livre: Comitê para Migração Europeia.

³² Tradução livre: Comitê Internacional de Migração.

³³ Tradução livre: Organização Internacional de Migração.

³⁴ Disponível em: < <http://www.iom.int/iom-history>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

no devastador terremoto de 2010 no Haiti e no tsunami do Japão, também em 2010.

Atualmente a IOM conta com 165 estados membros e mais 8 em categoria de “observador”, também possui cerca de 9.000 funcionários divididos e atuantes em mais de 150 países em todos os continentes. Em questões de cunho político, tornou-se a principal referência nos debates globais sobre as implicações sociais, econômicas e culturais da migração no século XXI, e juntamente com a OMS colocou a saúde na agenda dos debates migratórios.

Outra agência que remete seus esforços ao trabalho com as populações em deslocamento é o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR)³⁵, que segundo dados da própria agência, desde 1950 atua de forma a proteger as populações que necessitam de refúgio. Desde o início dos seus trabalhos já ajudou dezenas de milhões de pessoas, recebendo diversos prêmios como o Nobel da Paz pelo trabalho humanitário desenvolvido. Hoje, cerca de 9.300 pessoas trabalham em cerca de 123 países diferentes procurando dar suporte a cerca de 46 milhões de pessoas com necessidades de proteção.

De acordo com dados da ONU (2013), cerca de 235 milhões de pessoas vivem fora de seu país de origem, mas quem são esses migrantes atualmente? A partir dos dados oficiais presentes no ‘*Migração e Saúde: revisão anual 2015 (2016)*³⁶, e no ‘*Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos (2013)*³⁷’ a maior parte dos migrantes hoje, cerca de 55% deles, são mulheres e 45% são homens (gráfico abaixo).

³⁵ Disponível em: < <http://www.acnur.org/portugues/o-acnur/>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

³⁶ Tradução livre.

³⁷ Tradução livre.

Distribution of immigrants by sex, IOM, 2015

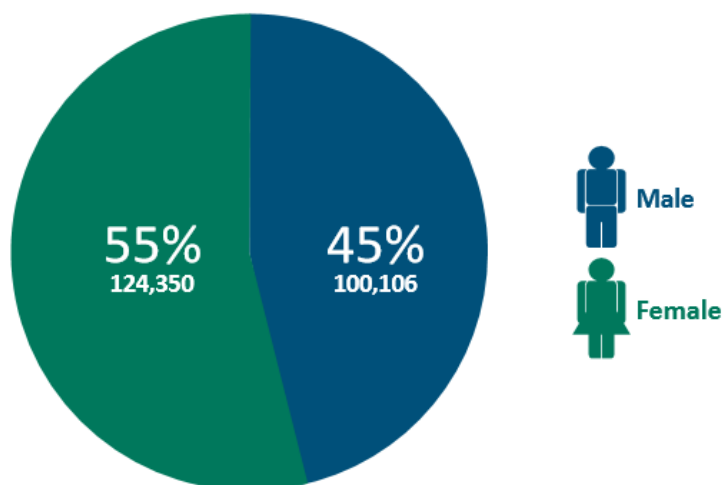


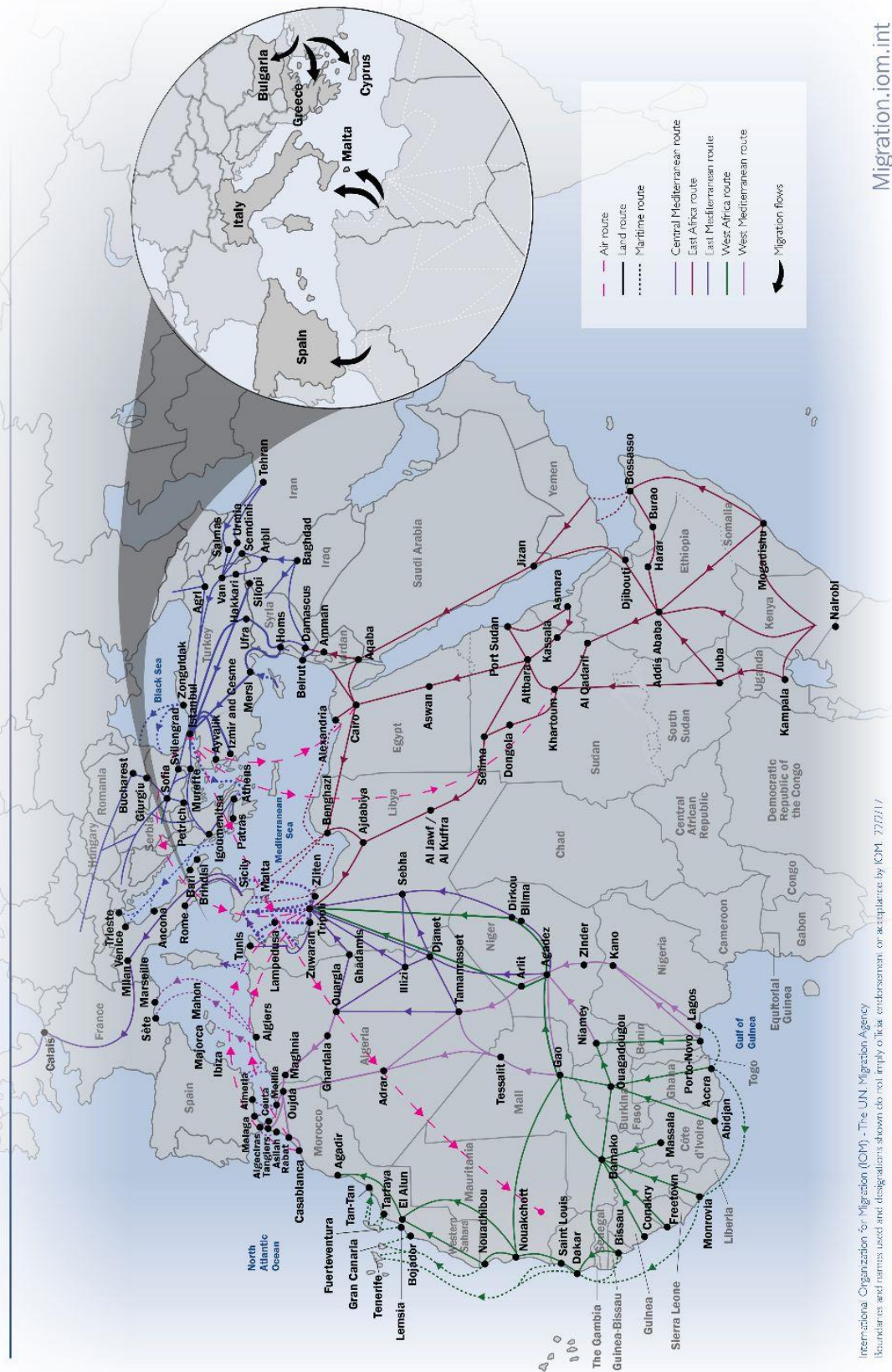
Figura 5 – Distribuição de imigrantes por sexo. IOM, 2015.

Em questões relacionadas aos deslocamentos, a Europa é o continente que possui o maior número de residentes imigrantes no mesmo período, cerca de 72 milhões, seguida pela Ásia com 70 milhões. O que explica o fato é o alto desenvolvimento social dos países europeus, alinhados com a facilidade de deslocamento dentro do continente e a consolidação econômica proporcionada pela União Europeia (UE)³⁸.

Em 2016 a Europa registrou a entrada de 387.487 imigrantes no continente, esses que derivam principalmente de lugares como o Oriente Médio e o norte da África (IOM, 2017). Na imagem a seguir, apresento as rotas e fluxos traçados pela migração no último ano.

³⁸ Criada após o fim da Segunda Guerra Mundial, a União Europeia, é um bloco econômico e político constituído por 26 países. Seu principal objetivo era a recuperação econômica do continente europeu ainda na década de 1950. A principal medida realizada pelo bloco, foi a criação de um Sistema Monetário Único. Com a criação do Euro e sua adesão pelos países membros, foi rápido o desenvolvimento e progresso. Atualmente o bloco move cerca de 34% do comércio mundial e possui um produto interno bruto (PIB) estimado de 17,5 trilhões de dólares. Disponível em: < https://europa.eu/european-union/index_pt>. Acesso em: 23 jan. 2017.

Mixed migration routes to Europe



International Organization for Migration (IOM) - The UN Migration Agency
 Boundaries and names used are designations shown do not imply official endorsement or acceptance by IOM. 777771 /

Figura 6 – Mapa de rotas migratórias através do mediterrâneo em 2016.

No mapa, observa-se a grande quantidade de rotas criadas, dentro do continente africano, principalmente na porção norte. Também, é possível visualizar o constante fluxo dentro dos países da península arábica no Oriente Médio. Essas rotas marcam as longas jornadas muitas vezes percorridas pelos migrantes através dos territórios, nos quais as instabilidades sociais e políticas marcam a vida dessas populações.

Além disso, no documento *'Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos (2013)*³⁹ é apontado que a maior parte dos migrantes são trabalhadores que se deslocam juntamente com suas famílias, mas que também, em uma menor proporção, podem ser vítimas de tráfico, de problemas sociais e estruturais, tal como mostra o excerto abaixo. Além disso, nota-se, ao longo de todo o documento, que os esforços das agências, no que diz respeito ao controle das migrações, se dá a partir do momento em que as mesmas passam a ver o sujeito migrante como o foco de problemas sociais.

“The majority – not all – of such migrants are migrant workers and their families. The rest may be victims of trafficking in persons; children who migrate on their own or with their families and guardians; asylum-seekers and refugees, migrants who have been smuggled; or returnees” (p. 14)

International Migration, Health and Human Rights, 2013⁴⁰.

Em grande parte, os migrantes chegam à Europa através do mar mediterrâneo, em viagens que muitas vezes são feitas em pequenos botes infláveis ou embarcações maiores com lotação acima de sua capacidade e sem estrutura adequada, não havendo fiscalização de órgãos competentes. São rotineiros os salvamentos desses indivíduos por órgãos de ajuda humanitária e de controle costeiro dos países banhados pelo mar, sendo que é constante o imenso número de afogamentos e mortes por outras causas nesse trajeto, que

³⁹ Tradução livre.

⁴⁰ Tradução A maioria - nem todos - desses migrantes são trabalhadores que migram com suas famílias. O outros podem ser vítima de tráfico de pessoas; crianças que migram sozinhas ou com suas famílias e guardiões; requerentes de asilo e refugiados, migrantes que foram contrabandeados; ou repatriados” (p.14). Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos, 2013.

só no ano de 2016 vitimou aproximadamente 5 mil migrantes dos quase 8 mil que perderam a vida em todo o planeta, por esse tipo de transporte.

Ainda segundo levantamentos das IOM, em 2016⁴¹, cerca de aproximadamente 93,6% dos migrantes chegaram ao continente europeu através do mar e, outros 6,3%, pela terra. Os fluxos marítimos têm como principal destino a Grécia e a Itália, sendo que os dois países representam juntos quase 93% do destino dos migrantes, enquanto que, por terra, os países com maior entrada de migrantes foram a Bulgária, a Grécia e a Espanha.

O que explica esses grandes números de chegadas na Itália e na Grécia, é o fato da localização dos países estarem mais próximos às rotas de saída dos migrantes. No caso da Itália, a aproximação da Argélia, Tunísia e a Líbia com as ilhas de Sardenha e Sicília ou com a própria península itálica. Para a Grécia, o estreito mar que divide o país da Turquia abre portas para o trânsito principalmente de sírios, iraquianos e iranianos. Os deslocamentos, na maioria das vezes, ocorrem de forma ilegal, ou seja, não são organizados ou gestados pelos órgãos competentes, transformando assim, o migrante em um indivíduo marginalizado frente às políticas internacionais e espaciais.

Nos documentos analisados é perceptível um grande foco sobre o caso da Síria, sendo que considero necessário um melhor detalhamento deste conflito para a discussão aqui proposta. O país vem, desde 2010, enfrentando diversos problemas de política interna no governo, movido principalmente por uma série de grandes protestos populares contra o governo do presidente Bashar al-Assad - que desencadeou uma violenta revolta armada – influenciados principalmente por outros protestos simultâneos no mundo árabe. O país ficou dividido pela posição política dos opositores que alegam estar lutando para destituir o presidente e posteriormente instalar uma nova liderança mais democrática no país. O governo sírio, por sua vez, diz estar apenas combatendo terroristas armados que visam desestabilizar o país.

Com o passar do tempo, a guerra deixou de ser uma *simples* "luta por poder político" e passou também a abranger aspectos de natureza sectária e

⁴¹ Disponível em: <http://migration.iom.int/docs/Med_Digest_3_15_December_2016.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

religiosa, com o afloramento diversas facções – como o caso do Estado Islâmico – que formam uma outra linha de oposição, combatendo tanto o governo quanto umas às outras. Assim, o conflito acabou espalhando-se para a região, atingindo também países como Iraque e o Líbano, atijando, especialmente, a rivalidade entre xiitas e sunitas⁴².

Desde seu início como uma mobilização social e midiática exigindo maior liberdade de imprensa, maior respeito aos Direitos Humanos e uma nova legislação, passando para constantes manifestações, até a resposta do governo com o objetivo de encerrar os protestos, a população síria resistiu. Entretanto, no fim de 2011, soldados civis armados da oposição formaram o chamado Exército Livre Sírio, com o intuito de iniciar uma luta convencional contra o Estado. Em 23 de agosto de 2011, a oposição finalmente se uniu em uma única organização representativa formando o chamado Conselho Nacional Sírio. A luta armada se intensificou, assim como as incursões das tropas do governo em áreas controladas por opositores. Em 15 de julho de 2012, com grandes combates irrompendo por todo o país, a CV decidiu classificar o conflito como guerra civil (ou "conflito armado não-internacional") abrindo caminho à aplicação do Direito Humanitário Internacional ao abrigo das convenções de Genebra e à investigação de crimes de guerra.

A partir de 2013, aproveitando-se do caos da guerra civil na Síria e no Iraque, o grupo autoproclamado Estado Islâmico (EI, ou *ad-Dawlah al-Islāmīyah*) começou a reivindicar territórios na região. Lutando inicialmente ao lado da oposição síria, as forças desta organização passaram a atacar qualquer uma das facções (sejam apoiadoras ou contrárias a Assad) envolvidas no conflito, buscando hegemonia total. Rapidamente iniciaram uma grande expansão militar, sobrepujando rivais e impondo a *sharia* (lei islâmica) nos territórios que

⁴² Após a morte do profeta Maomé, o fundador do Islamismo e autor do livro sagrado Alcorão, houve um processo de disputa para decidir quem deveria sucedê-lo, da disputa pelo direito de sucessão legítima, duas correntes tornaram-se majoritárias: os Xiitas e os Sunitas. Tal disputa teve seu início em 632 d.C., o grupo que defendia a sucessão do califado pela hereditariedade, ficou conhecidos como Xiitas, um grupo ainda hoje minoritário e que se caracteriza por ser tradicionalista, conservando as antigas interpretações do Alcorão e da Lei Islâmica. Já os membros do outro grupo, muito maior em número de adeptos, ficaram conhecidos como Sunitas, primeiro por divergirem da concepção sucessória dos Xiitas e, segundo, por sempre atualizarem suas interpretações do Alcorão e da Lei Islâmica, levando em consideração as transformações pelas quais o mundo passou e valendo-se de outra fonte além das citadas.

controlavam. A partir disso, diversas nações ocidentais, como os Estados Unidos, as nações da Organização do Tratado do Atlântico-Norte (OTAN)⁴³ na Europa, bem como países do mundo árabe, temendo que o fortalecimento do EI representasse uma ameaça a sua própria segurança e a estabilidade da região, iniciaram uma intervenção armada contra os extremistas. Outras nações, como Rússia e Irã, também intervêm militarmente no conflito, mas ao lado do regime de Assad.

Com isso, a população de todas as partes da Síria começou um constante processo de migração como forma de escapar da guerra. Segundo dados do *'Migração e Saúde: revisão anual 2015 (2016)*⁴⁴, o número de mortos no conflito já passa de 450 mil, sendo que mais de 4 milhões de sírios já teriam buscado refúgio no exterior para fugir dos combates, com a maioria destes tomando abrigo no Líbano, país vizinho, e outra grande parcela na Turquia.

Esse grande foco sobre a Síria é visível nos documentos analisados, sendo que ambos foram lançados durante os anos de 2013 e 2016, – auge dos conflitos no país. Nos excertos abaixo, trago alguns dos títulos de seções e parágrafos que se fazem presente nos documentos

“The impact of the Syrian refugee crisis: increased refugee resettlement from the Middle East” (p. 23)

Migration Health, Annual Review 2015, 2016⁴⁵.

“The humanitarian situation in the Syrian Arab Republic remains extremely challenging. In the fifth year of the conflict, there are more than 3 million Syrian refugees in the region. In addition, over 50,000 Syrians have sought asylum in more than 90 countries outside the region. Inside the Syrian Arab Republic, an estimated 10.8 million people are in need of humanitarian assistance, including some 6.5 million IDPs.” (p. 60)

⁴³ A OTAN (Organização do Tratado do Atlântico Norte) ou NATO (North Atlantic Treaty Organization) é uma organização militar, composta por 29 países, que se formou no ano de 1949. Ela foi constituída no contexto histórico da Guerra Fria, como forma de fazer frente à organização militar socialista do Pacto de Varsóvia, liderada pela União das Republicas Socialistas Soviéticas (URSS) e integrada por países do leste europeu.

⁴⁴ Tradução livre

⁴⁵ Tradução livre: “O impacto da crise dos refugiados sírios: maior reassentamento de refugiados do Oriente Médio” (p. 23). *Migração e Saúde: Revisão Anual 2015. 2016.*

Nas mais de 97 citações ao país nos documentos, estão relacionados principalmente temas ligados às questões de refúgio, que, embora não sejam o foco do trabalho, perpassam pelas dinâmicas migratórias, trazendo novas significações e ampliando o campo de estudo da temática.

Desde 1951, em seu decreto de criação do Estatuto do Refugiados⁴⁷ que passou a vigorar em nível mundial em 22 de abril de 1954, a ONU dispõe de uma série de medidas que visam, acima de tudo, manter a integridade do bem-estar social, civil e direito dos migrantes. Segundo o ACNUR⁴⁸ (2017), o migrante é considerado apto a solicitar o refúgio ou abrigo para o local de seu interesse, como também, dentro das leis nacionais do local de destino, podem solicitar a sua permanência temporária ou definitiva no país.

Diante disso, o principal impasse se refere ao imenso número de pedidos, gerando uma demora na análise ou até mesmo a rejeição dos mesmos, o que fomenta uma continuidade dos deslocamentos e, especialmente, os processos ilegais (IOM, 2009). Além disso, como parcelas significativas das populações migrantes não possuem as condições físicas, mentais ou econômicas necessárias para fazer esses deslocamentos, grande parte dos indivíduos acabam por alojar-se em campos provisórios de refúgio montados em países vizinhos aos de origem dos fluxos ou, então, em países periféricos, como a Turquia, Quênia, Uganda, Etiópia, Sudão, Jordânia, Líbano, Argélia, Mauritânia e Tanzânia.

⁴⁶ Tradução livre: “A situação humanitária na República Árabe da Síria continua a ser extremamente desafiadora. No quinto ano do conflito, há mais de 3 milhões de refugiados sírios na região. Além disso, mais de 50 mil sírios buscaram asilo em mais de 90 países fora da região. No interior da República Árabe da Síria, estima-se que 10,8 milhões de pessoas necessitam de assistência humanitária, incluindo cerca de 6,5 milhões de deslocados internos” (p. 60). Migração e Saúde: Revisão Anual 2015. 2016.

⁴⁷ Disponível em:

<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

⁴⁸ Disponível em: <<http://www.acnur.org/portugues/quem-ajudamos/solicitantes-de-refugio/>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

Com essa análise, entendo que os fluxos migratórios reafirmam sua constituição sobre uma multiplicidade de eixos e relações, sendo que uma das mais marcantes é a sua relação com a transformação e reprodução do espaço. Com isso, a ligação entre o sujeito em deslocamento e o seu espaço de origem, o seu trajeto e a sua relação com o destino final, produzem uma discussão essencial para o entendimento da produção dos mesmos frente aos processos globais, pois se estabelece por meio dos regimes de verdade que são reforçados nas publicações discutidas.

3.3 A aproximação do espaço e do migrante

Os processos migratórios são um fenômeno que acompanha a formação e o desenvolvimento das sociedades humanas. Com as transformações causadas pela globalização, principalmente após a virada do século XX para o XXI, houve também mudanças nas formas como os indivíduos se relacionam (ou até mesmo, vivem o) com o espaço. Como a população encontra-se distribuída pelo globo, em diferentes regiões, territórios e/ou lugares, a tentativa de operar com diferentes dinâmicas em escala global, por exemplo, as econômicas, políticas, culturais, entre outras, não dependeu/depende apenas de acordos internacionais, mas necessitou/necessita que as populações exercessem/exerçam e incorporem, almejem e reproduzam essa lógica globalizante.

Todavia, é importante salientar que, apesar de alguns processos estarem globalizados, o espaço global não é homogêneo, pois, ao ser observado a partir de diferentes escalas (nacionais, regionais, locais, entre outras), emergem especificidades estabelecidas pelos diferentes modos de se viver o espaço. Dessa maneira, como pontua Darsie (2014), as relações entre os processos espaciais, sociais e econômicos, acabam por potencializar os diversos contrastes existentes nos distintos espaços e também passaram a delimitar determinadas espacialidades, que, como discutido na seção anterior, marcam

certas características aos espaços, as quais acabam por ser temidas, almejadas ou até mesmo transformadas pelas populações.

Um dos principais motivos que alimenta as migrações atuais é a busca incessante por uma melhor qualidade de vida. As disparidades espaciais, quanto aos níveis de rendimento, de bem-estar social, saúde, educação, tecnologia, também continuam a estar associadas às explicações deste fenômeno. Por outro lado, as desigualdades entre as nações também influenciam o nível e a direção das próprias migrações, alterando as características que qualificam os espaços e delimitando o seu público migrante.

Segundo a IOM (2015), os principais locais de saída dos migrantes são os países pobres, visto que também podem ser entendidos como espaços precários, que viabilizam a migração frente a imensa desigualdade social, as constantes guerras civis causadas pela instabilidade dos regimes políticos derivados do sistema colonialista presentes até meados do século passado, a falta de trabalho qualificado, a falta de serviço público de qualidade tanto nas questões estruturais como sociais, a falta de saúde e educação, a miséria, a fome, as doenças, entre outros.

Estes espaços entendidos como precários são tratados nos documentos como *“spaces of vulnerabilities⁴⁹”*, ou seja, uma junção dos conceitos de Espaço e Vulnerabilidade, conforme abordado anteriormente. Destaca-se que, nos documentos, o foco está nas demarcações nos quais seus usos delimitam. Quando aparecerem relacionados aos locais de saída dos migrantes, engajam-se uma série de características – muitas vezes negativas – sobre o país, como forma justificar as causas que levaram à migração. Quando são relacionados aos países tidos como receptores dos migrantes, a pauta volta-se para a segurança ou o perigo que esse sujeito migrante pode oferecer ao país de acolhimento ou de chegada, como nos exemplos abaixo retirados de ambos os documentos.

“Through its efforts to map mobility dynamics in the subregion, IOM became increasingly recognized as a

⁴⁹ Tradução livre: espaços de vulnerabilidade

technical health partner, able to address a major knowledge gap: mobility and its related spaces of vulnerabilities vis-à-vis disease transmission” (p.16)

Migration Health, Annual Review 2015, 2016⁵⁰

“Just as migrants need a safe place to live, autochthon populations also have this right, for both cases it must be interpreted as the right to live somewhere in safety, peace and dignity” (p. 25).

International Migration, Health and Human Rights, 2013⁵¹

Com a delimitação de um ‘espaço de vulnerabilidade’ surgem argumentos para que questões relacionadas à segurança espacial sejam tomadas pelos governos e agências atuantes na política global. Segundo Darsie (2014), as mídias, as indústrias científicas e tecnológicas, as instituições de ensino e de saúde entre outras, atuam como fortes promotoras e divulgadoras de muitas práticas e conhecimentos que envolvem a qualificação e segurança da vida. Dessa maneira, esses meios são fortemente atuantes no que se entende por formação de espacialidades e, conseqüentemente, se relacionam diretamente à (re)produção do espaço e formação dos sujeitos através dos processos biopolíticos.

Para Braun (2007), na direção dos estudos relacionados ao espaço e às implicações geopolíticas a ele ligadas – e dentro disso os processos migratórios –, algumas escalas de controle espaciais passam a ser relevantes em um nível menor, que escapam do campo de visão humano e que ele denomina por escala ‘molecular’. Nessa lógica se encaixariam todos aqueles organismos microscópicos e/ou muito pequenos que concretizam as discussões sobre o

⁵⁰ Tradução livre: “Através de seus esforços para mapear a dinâmica da mobilidade na sub-região, a IOM tornou-se cada vez mais reconhecida como parceira técnica de saúde, capaz de abordar uma grande lacuna de conhecimento: mobilidade e seus espaços de vulnerabilidades vis-à-vis da transmissão de doenças (p. 16)”. Migração e Saúde: Revisão Anual 2015. 2016.

⁵¹ Tradução livre: Do mesmo modo em que os migrantes necessitam um local seguro para viver, as populações autóctones também possuem este direito, para ambos os casos ele deve ser interpretado como o direito de viver em algum lugar em segurança, paz e dignidade (p.14). Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos, 2013.

espaço e suas materialidades, como as questões relacionadas à qualidade da saúde, transmissão de doenças, entre outras (BRAUN, 2008).

Ainda segundo o autor, é grande o número de investimentos que, principalmente nas últimas décadas, têm sido elaborados no que tange ao gerenciamento das 'molecularidades' espaciais, as quais, quando ligadas aos elementos estruturais, colocam no espaço uma grande responsabilidade no que diz respeito à segurança da vida em diversas escalas. Esses investimentos, segundo Sene (2003) e Darsie (2014), estão ligados à produção e cultivo de alimentos, ao saneamento básico de determinados territórios, ao monitoramento de rotas migratórias, tanto humanas como de animais, principalmente onde não são cumpridas de forma adequada as normas de segurança sanitária. Em outras palavras, nos espaços mais precários.

Essa forma de pensar, por meio da noção de molecularidade, emerge a partir dos estudos de Rose (2013), nos quais o autor afirma que tal gerenciamento pode ser pensado como uma transformação da biopolítica que ocorre no século XXI. Neste contexto ele destaca que o controle sobre a vida, articula-se a novas tecnologias e, portanto, passa-se a pensar diversas dinâmicas a partir de escalas biológicas em outros tempos invisíveis e/ou inimagináveis: moléculas, mutações virais, genes.

Dessa forma, as ligações estabelecidas entre o sujeito migrante e os elementos do espaço, sejam naturais, sociais ou culturais, interferem no seu próprio desenvolvimento. Frente a essa lógica de molecularidade, o corpo humano, ligado às espacialidades, pode ser pensado como um pequeno fragmento – do espaço – que se movimenta pela dimensão contínua do espaço e que proporciona uma conexão entre diversos elementos que a ele se vinculam, por meio de elementos *a priori* imperceptíveis como os vírus, as bactérias, e outras dimensões ligadas a saúde (BRAUN, 2008; DARSIE, 2014).

Também segundo os autores supracitados, é necessário entender o corpo como um nível, uma escala espacial, que proporciona, no âmbito das relações sociais e discussões acerca dos processos, o não apagamento do espaço enquanto elemento relevante. Assim, entendo que o sujeito migrante pode ser

considerado como uma pequena escala ou parcela do espaço, o que para Braun (2008) pode ser chamado de 'escala individual' presente na dimensão espacial.

Essas escalas individuais, quando em processo de deslocamento, acabam por conectar facilmente algumas parcelas distintas de espaços, o que anteriormente ao advento da globalização, não aconteciam em mesma escala. Harvey (2001), em sua clássica análise dos processos globais, cita que os avanços tecnológicos, tanto dos meios de transporte, como os de comunicação, entre outros, provocaram uma compressão do espaço-tempo, ou seja, um 'encolhimento' dos mesmos.

Juntamente com a flexibilização das políticas fronteiriças, esses avanços nos meios de transporte possibilitaram que os fluxos de deslocamentos aumentassem em grandes proporções, principalmente nas últimas décadas. Tal fato, por outro lado, desencadeou inúmeras preocupações e inseguranças às nações que passaram a temer por suas barreiras político/administrativas estarem mais expostas.

Por exemplo no caso da saúde, quando, em 2009, a pandemia de Influenza A (H1N1)⁵² começou seu surto pelo México e depois alastrou-se pela América Central e do Norte, bastaram algumas horas para que ela chegasse ao outro lado do mundo por meio dos fluxos aéreos e de transporte de passageiros. Foram inúmeras as precauções tomadas por todas as nações, no que se pensava por controle da doença. Porém, ficou evidente que o fator migratório impulsionou o alastramento da doença ao redor de todo o planeta.

Os processos migratórios estabelecem uma relação mútua entre os espaços, ou seja, o ato de migrar não se reduz a uma simples transferência de um indivíduo ou população de um espaço para outro, mas, sim, abre um vínculo de ligação entre os espaços que, por meio do migrante, se interligam. O sujeito migrante, em seu processo de deslocamento, carrega consigo as espacialidades que o constituíram, ou seja, um conjunto de elementos culturais, biológicos que,

⁵² A gripe H1N1 consiste em uma doença causada por uma mutação do vírus da gripe. Os sintomas da gripe H1N1 são bem parecidos com os da gripe comum e a transmissão também ocorre da mesma forma. Disponível em: < <http://www.who.int/influenza/en/>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

de forma híbrida, transformam o espaço e carregam consigo traços biopolíticos que passam a ser reinventados e adaptados a partir de novos atravessamentos discursivos.

Nesse sentido, o sujeito migrante torna-se uma ‘preocupação’ para os estados-nações, pois, no limite, pode desencadear alguns desequilíbrios frente às espacialidades já existentes nesses outros espaços. Esses desequilíbrios podem ser percebidos em questões culturais, econômicas, assim como no modo em que o migrante gesta a sua saúde, o que muitas vezes acabam por reforçar a produção de determinados discursos de verdade que se aplicam a esse sujeito e que implicam na ocorrência do que se entende por xenofobia⁵³. Para além disso, essa ‘preocupação’ que marca os sujeitos migrantes passa a colocá-los sob o foco da biopolítica, já que se exercem mecanismos de segurança em todos os seus âmbitos.

No que diz respeito à saúde, por exemplo, os processos de deslocamento expõem o migrante a uma grande vulnerabilidade. As preocupações tomadas sobre a saúde pautam-se principalmente sobre a disseminação de doenças nos espaços pelo qual ele percorre. Os constantes discursos proporcionados pelas agências de saúde, sobre o risco, a ameaça de tais acontecimentos, passaram a demarcar o que deve ser temido e o que deve ser assegurado. A partir disso, surgiram diversos elementos que, quando articulados ao espaço e às espacialidades, como, por exemplo, os governos, instituições sanitárias, as organizações mundiais, além de suas produções, entre outros, começaram a constituir novos entendimentos e monitoramentos sobre espaço, visando à segurança da vida.

Frente aos movimentos migratórios, o espaço passou a ser entendido como uma dimensão dinâmica, contínua e interligada. Desse modo, os esforços elaborados principalmente sobre os preceitos e discursos da saúde, passaram a reforçar a noção de que é necessário um novo olhar sobre esses acontecimentos, que se intensificam a cada ano, de certo modo, oportunizando a emergência de novas ações biopolíticas. Além disso, há uma convocação de

⁵³ Desconfiança, temor ou antipatia por pessoas estranhas ao meio daquele que as ajuíza, ou pelo que é incomum ou vem de fora do país.

que, a respeito da migração, sejam direcionados, com uma maior atenção e complexidade, esforços que visem a um melhor bem-estar das populações que marcam os mais distintos deslocamentos pelo espaço.



4. A SAÚDE GLOBAL E O MIGRANTE

“Em 1946, Talvez buscando alívio para o espírito depressivo do pós-guerra, a Organização Mundial da Saúde reinventou o nirvana e chamou de ‘saúde’: “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade”. À primeira vista, poderíamos não dar atenção a essa intrigante definição que teve o duvidoso mérito de alimentar, em todo o mundo que se diz civilizado, um novo misticismo sanitário” (p. 8).

ALMEIDA FILHO, Naomar de. O que é saúde? Rio de Janeiro, 2011.

Com o advento da Organização Mundial da Saúde no âmbito das relações sociais e políticas e como efeito desse processo, a lógica global sanitária e de saúde foi apresentada a um novo caminho, denominado ‘promoção da saúde’. Foi apoiada na lógica da própria promoção que, em 1978, a OMS lançou uma campanha mundial pela ‘atenção primária à saúde’, estratégia que deliberou o objetivo da organização: universalizar a saúde.

Mas por qual motivo era necessário universalizar a saúde? O direito à saúde é algo que se estabelece na era moderna, sendo somente após a Segunda Guerra Mundial, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem elaborada pela Organização das Nações Unidas (ONU), que a saúde passou a ser compreendida como um direito fundamental de todos os seres humanos, passando a ser regulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (SIQUEIRA, 2017). A partir disso, a saúde passa a ser tomada como um direito humano básico de todos, sendo dever dos Estados garantir, mediante políticas sociais e econômicas a sua oferta, como forma de reduzir os riscos às doenças e outros agravos. Além disso, o acesso à saúde necessita ser igualitário, sendo que as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da mesma são aos olhos da OMS validados para qualquer indivíduo.

Entretanto, mesmo com todas as possibilidades e argumentos da OMS, as fronteiras internacionais marcavam uma divisão nas formas de gestar, ofertar e produzir saúde, o que acarretou na busca de outras formas e possibilidades de

fazer uma ‘saúde para todos’. Nesse sentido as discussões teóricas que estão dispostas nesse capítulo buscam estabelecer um grupo de saberes e práticas conhecidos, primeiramente, como “saúde internacional” e, posteriormente, como “saúde global”. Mediante a compreensão de que ambos os conceitos são o resultado de uma construção histórica e social, é necessário apresentar suas perspectivas de forma a diferenciá-los, pois os mesmos sofrem influências das mais diversas disciplinas – medicina, geografia, ciências sociais, entre outras.

Para lograr tal intento, primeiramente, discuto fatores e acontecimentos históricos e sociais que contextualizam os significados do conceito de Saúde Internacional. Em seguida, problematizo a transição do ‘internacional’ para o ‘global’, conceitos a partir dos quais se discutem novas temáticas e interlocuções com aspectos da contemporaneidade e, entre eles, a migração. Na sequência, trago uma série de discussões acerca dos discursos que produzem o migrante por meio da lógica de saúde global.

4.1 A Saúde Internacional

As grandes disseminações de doenças, no decorrer da história, já causavam preocupação aos Estados e às populações. Segundo Rosen (1994), a primeira epidemia que ultrapassou as fronteiras nacionais foi a chamada Peste do Egito⁵⁴, que aconteceu no século V a.C., durante a guerra do Peloponeso⁵⁵. Ela aniquilou cerca de um quarto da população de Atenas, onde, hoje, situa-se a capital da Grécia. Séculos mais tarde, ocorreu a grande epidemia da Peste Negra (PN)⁵⁶ que, segundo registros, deixou mais de 20 milhões de mortos na

⁵⁴ Também conhecida como Peste do Egito a Febre Tifoide é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Salmonella typhi*, que pode causar febre, alterações intestinais, aumento das vísceras e se não tratada pode levar à morte.

⁵⁵ A Guerra do Peloponeso, foi uma disputa ocorrida no século V a.c. onde atenienses e espartanos juntamente com seus aliados, buscavam tomar a hegemonia na Grécia. A guerra durou cerca de 27 anos, tendo resultados catastróficos para ambas as cidades, e consagrou a vitória a cidade-estado de Esparta.

⁵⁶ A peste bubônica, também chamada de peste negra, é uma doença pulmonar ou septicêmica, infectocontagiosa, provocada pela bactéria *Yersinia pestis*, transmitida pela pulga de animais roedores aos seres humanos. Durante o século XIV dizimou mais de 1/4 da população europeia e espalhou-se pelos continentes através das grandes navegações, fazendo constantes vítimas

Europa. Ainda, o processo de colonização das Américas foi acompanhado por surtos de Sarampo⁵⁷ e Varíola⁵⁸, levando milhares de nativos e escravos à morte.

Na contemporaneidade, esses acontecimentos desencadearam diversas preocupações por parte dos órgãos internacionais e, assim, levantaram a discussão no que tange à gestão e aos procedimentos relativos à saúde em escala global. Acontecimentos como esses, por fim, requeriam determinados acordos sobre questões sanitárias entre as nações e os povos, o que conformou as primeiras práticas de Saúde Internacional antes mesmo da institucionalização do termo e do surgimento dos organismos internacionais reguladores da saúde.

O termo “Saúde Internacional” foi utilizado pela primeira vez no início do século XX. Segundo autores como Brown (2006), Cueto (2006; 2015) e Fee (2006), ele era associado ao controle de epidemias que ultrapassam fronteiras ou que poderiam ser chamadas de internacionais. Os primeiros grandes esforços dos governos em gestar a saúde internacional têm relações com a intensificação das pandemias durante o século XIX. Mais tarde, com os grandes avanços científicos e tecnológicos na esfera da saúde pública, como as vacinas, a invenção da epidemiologia social juntamente com os determinantes do processos de saúde e doenças, impulsionaram a internacionalização da saúde, e desenvolveram os primeiros acordos sanitários em uma maior escala.

Perez e Nigro (2014), citando Dantés e Khoshnood (1991), afirmam que o conceito de saúde internacional se estrutura em cinco fases, as quais, mesmo distintas, se sobrepõem perante os processos sociais, sendo que diversos fatores influenciam de forma adversa cada uma delas. Essas fases caracterizam e organizam os acontecimentos históricos/sociais e permitem a melhor

até o século XVII. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs267/es/>>. Acesso em: 07 dez. 2016.

⁵⁷ O Sarampo é uma doença altamente contagiosa causada pelo vírus do sarampo. A doença inicialmente causa febre, tosse, infecções nasais e oculares. Após algum tempo infectado surgem diversas manchas através de corpo. Altamente transmissível, o sarampo se dispersa pelas vias aéreas através da tosse e espirros de uma pessoa infetada. Pode também ser transmitida através do contato com a saliva ou secreções nasais. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/es/>>. Acesso em: 07 dez. 2016.

⁵⁸ Doença contagiosa aguda (oficialmente declarada extinta do planeta na década de 1970), de origem viral, é causada por um *Orthopoxvirus*, caracterizada por febre, dor no corpo, vômitos e lesões cutâneas.

compreensão dos processos de evolução e mais tarde de transferência do conceito de saúde internacional e saúde global.

Na primeira fase do processo, a saúde em nível internacional se restringia às atividades médicas, principalmente sobre a população de migrantes e colonizadores. Mas, em 1827, quando ocorreu o segundo surto de Cólera (CL)⁵⁹, transformando-se em uma grande pandemia, atravessando fronteiras e dizimando milhares de pessoas, bem como colocando todo o processo agrícola e comercial sob risco, foi necessário tomar diversas medidas que controlassem a doença.

A segunda fase teve início em 1830 e manteve-se até 1924. Ainda embasados em uma lógica de controle da epidemia de cólera, alguns países europeus, juntamente com os Estados Unidos e diversos países não-industrializados, organizaram diversas conferências sanitárias internacionais em que, segundo Cueto (2014, p. 18), os principais objetivos eram “regulamentar as normas de quarentena e uniformizar as medidas de isolamento de passageiros”. Desta maneira, buscava-se evitar o aumento de casos de infecção entre pessoas de nações distintas e também manter a salvo as relações comerciais. Ainda, durante as conferências, outros surtos de doenças surgiram, como o caso da Febre Amarela⁶⁰ que se espalhou pela Argentina e países do sul da América derivadas do Caribe, além da Peste Bubônica que se propagou da Ásia para o resto do planeta. Dentre outras medidas, as conferências também voltaram-se para a busca de “certezas” científicas sobre a doença e suas causas. Assim, questionaram-se questões de higiene e estruturação urbana, e levantaram-se uma série de medidas a serem tomadas como forma de assegurar a qualidade de vida das populações.

⁵⁹ A cólera é uma doença infectocontagiosa do intestino delgado geralmente transmitida por meio de alimento ou água contaminados pelo vírus *Vibrio cholerae*. A doença, causa alterações nas secreções do corpo, levando à diarreia, e a uma rápida perda de fluidos e de sais do corpo. Segundo a OMS, todos os anos são registrados mais de 1 milhão de novos casos. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/es/>>. Acesso em: 07 dez. 2016.

⁶⁰ A febre amarela é uma doença infecciosa grave, causada por vírus e transmitida por vetores. A doença causa febre alta, calafrios, cansaço, dor de cabeça, dor muscular, náuseas e vômitos. O vírus é endêmico em áreas tropicais da África e da América Central e do Sul. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs100/es/>>. Acesso em: 07 dez. 2016.

Dentre outros acontecimentos dessa fase, destaca-se a fundação dos primeiros órgãos reguladores de saúde internacional como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) criada em 1902, na época com outra nomenclatura (PASB do inglês, *Pan American Sanitary Bureau*). Ela tinha como objetivo controlar as doenças através das fronteiras na Américas. Em 1907, a criação do Escritório Internacional de Higiene Pública (OIHP, do francês *Office International d'Hygiène Publique*), que funcionou até 1946 e foi conhecida como a principal agência de vigilância sanitária mundial. Em 1920, mesmo que de forma limitada, ocorreu a fundação da Organização de Saúde da Liga das Nações (OSLN). As duas agências tiveram uma restrição de suas atividades durante o período entre guerras, de 1919 a 1939.

Conforme Perez e Nigro (2014), o termo “saúde internacional”, foi primeiramente utilizado pela fundação Rockefeller em 1913, no qual segundo eles “a fundação criou a Comissão Internacional de Saúde para implementar, mundialmente, os programas de ancilostomíase e de saúde pública nos Estados Unidos” (p. 3-4). A fundação que mantinha sua sede em New York, foi a primeira organização filantrópica privada com o foco em internacionalização da saúde, tendo papel fundamental nas questões internacionais de saúde, visto o financiamento de projetos para capacitação de recursos humanos, assim como a implementação e implantação de programas de saúde em quase todos os países pobres do mundo na primeira metade do século XX.

A terceira fase é marcada pela criação do Regulamento Internacional Sanitário (RIS), em 1940. O regulamento visava ainda ao controle de doenças, mas agora não se abstinha apenas às fronteiras, mas sim em todo o âmbito social e estrutural dentro das nações.

Por sua vez, a quarta etapa do processo ocorre entre 1946 e 1978 e tem como principal marca a criação da OMS e a grande diversificação associada à ampliação dos projetos de prevenção as doenças em escala global. O cenário desenvolvido pela guerra fria⁶¹ criou grande chances para avanços nos mais

⁶¹ Com a bipolarização do poder entre os Estados Unidos (capitalista) e a extinta URSS (socialista) logo após o fim da Segunda Guerra Mundial, a população assistiu o embate ideológico proporcionalizado pelas duas nações como forma de tomar a hegemonia mundial

diversos campos da medicina, sendo que os países centrais implementaram os chamados Estados de bem-estar social, nos quais as políticas sociais nas áreas de trabalho, educação, previdência e saúde constituíam-se como respostas às demandas dos movimentos sociais, gerando novas proposições à organização dos sistemas de saúde. Também se aponta o surgimento de diversos medicamentos e procedimentos capazes de eliminar diversas doenças e seus fatores causadores, aliados a uma grande intensificação nas campanhas de prevenção e promoção da saúde.

Para os autores, a última fase nessa trajetória da saúde internacional se inicia após 1978, com uma grande influência da Declaração de Alma-Ata, que foi formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde e que visava à busca pela promoção da saúde de forma global, dirigida a todas as nações. No mesmo período, houve ainda uma grande qualificação dos profissionais que trabalham na área e um intenso embate entre os denominados programas Verticais e Horizontais de saúde.

Segundo Mills (1983), os programas verticais são aqueles sistemas de atenção à saúde dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente, por meio de recursos especiais e delimitados. Esses sistemas organizam-se de forma exclusiva sobre um determinado tema, diferindo-se da lógica de horizontalidade que a Alma-Ata apresenta. Para a OMS (1996), ao contrário dos programas verticais, os horizontais apresentam-se e estruturam-se para resolver vários problemas de saúde comuns, estabelecendo visão e objetivos únicos e de forma compartilhada, buscam solucionar diversos problemas de fatores adversos.

Mendes (2015), citando Cruz et al. (2003), afirma que os programas verticais apresentam objetivos mais claros, parecendo ter maiores benefícios, mas que de forma não abrangente eles só são eficazes em sistemas pouco desenvolvidos e com resultados a curto prazo. Ainda segundo Mendes,

expandido suas áreas de influência política, econômica e militar. O período conhecido como Guerra Fria (nome dado devido ao fato das potências terem evitado o confronto armado) foi caracterizado pelos movimentos de independência de países colônias, as chamadas corridas armamentista e espacial (VIZENTINI, 1992).

“recentemente, vem se consolidando, na saúde pública, um posicionamento favorável à superação da dicotomia entre programas verticais e horizontais” (p. 24, 2015).

Nesse sentido, Nigro e Perez (2014) explicam que

“a partir da consideração de que a saúde resultava de uma melhoria das estruturas sociais, políticas e econômicas, ela deveria ser um dos principais objetivos sociais dos governos, dos organismos internacionais e de toda a sociedade, passando, assim, a saúde a influenciar as agendas destas instituições de maneira mais ampla” (p. 4).

Pode-se concluir que, não só as cinco fases caracterizaram a formação dessa saúde internacionalizada, mas também sua aproximação com outros campos, citando-se sua proximidade como um campo de estudo dentro das Relações Internacionais (RI), bem como instrumento geopolítico na Geografia. Tais aproximações foram pautadas pela busca de novas estratégias a serem traçadas pelos estados-nação, considerando-se as relações entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Por volta dos anos 1990, com a intensificação dos processos de relação entre os espaços internacionais mobilizado pelo aumento dos fluxos diversos, promovidos pelo fenômeno da globalização, que começa a ganhar força e transforma os limites políticos em um simples traçado imaginário, iniciam-se questionamentos teóricos e sobre o termo “internacional”, no qual ele constantemente passa a ser substituído por “global”. Essa substituição pode começar a ser entendida, na medida em que o global se junta ao espaço de forma contínua e interligada.

Desde o início do surgimento do termo saúde internacional, seu significado remete às constantes relações entre as nações, referindo-se especialmente a um foco no controle de epidemias e ultrapassando fronteiras entre nações, ou seja, 'internacionalmente'. Mas, quando a globalização tirou a baliza das relações entre as nações, o foco voltou-se ao mundial, ao global, indiferentemente dos interesses internos. Havia, a partir daí o entendimento de que era necessário ultrapassar os limites das agências internas de saúde e, de

forma mais abrangente, proporcionar uma saúde mais 'igualitária', diferindo-se do modelo político de Norte-Sul, ou seja, da divisão entre mundo rico e pobre.

Nesse contexto, além das transformações socioespaciais promovidas pela globalização, as biopolíticas também foram transformadas. Durante o desenvolvimento e exercício da saúde internacional a biopolítica atuava sobre o âmbito nacional e, apenas as populações que estavam agrupadas dentro das fronteiras políticas das nações eram interpeladas. Com a abertura, fusão e esfacelamento das limites fronteiriços políticos e físicos, a biopolítica precisou passar a um outro nível para garantir sua eficiência, seu foco agora, seria o global. Certamente, mesmo ao mencionar a biopolítica como uma estratégia, tal questão passa a ser reformulada por meio de uma dada demanda da saúde, visto que não a aborda como uma prática, diretamente, estabelecida, mas como um conjunto de ações que passam a mirar na vida das populações e que se estabelece por meio da sobreposição de demandas.

Além das constantes transformações das relações entre países pelo advento da globalização, o papel das agências internacionais de saúde e, principalmente da OMS, também sofreu alterações, pois a Declaração de Alma-Ata e as mudanças na Atenção Primária à Saúde proporcionaram um desenvolvimento mais intersetorial e multidimensional para a saúde e o desenvolvimento socioeconômico. Sendo assim, Frenk e Gómez-Dantés (2007) afirmam que o conceito de saúde internacional se transformou intensamente devido aos constantes desdobramentos que a sociedade sofreu, sendo que essas mudanças proporcionaram a passagem da noção de Saúde Internacional para Saúde Global, de forma desafiadora.

4.2 Saúde Global: um campo de possibilidades

As significativas mudanças ocorridas em escala global, principalmente após a metade do século XX, com o advento do processo de globalização juntamente com os grandes deslocamentos humanos, começaram a redefinir as diversas esferas políticas, sociais, ambientais, tecnológicas e econômicas dos

mais distintos locais. O constante aumento dos fluxos de carga, de passageiros, animais entre outros, provocados por essa porosidade do processo de globalização, relacionados ao grande aumento da circulação de capitais, crescimento do comércio exterior, a transnacionalização das empresas, a privatização da economia e a redução das barreiras comerciais, proporcionaram uma abertura das fronteiras.

A fragilização do papel dos governos perante a interdependência econômica é outra característica da globalização, sendo assim, se antes a responsabilidade de gestão se centrava nos estados-nação, agora o mesmo se distribui de outros modos, principalmente pela perda de força da autonomia dos mesmos frente a acordos e manobras internacionais que movem tanto o setor público como o privado. Bauman (2013) ressalta que uma das principais características do período é a separação do poder e da política e que ambos não necessariamente precisam mais estar interligados. O poder agora se exerce globalmente e a política fica pautada no nível local, ambas em um espaço contínuo e difuso. Com essa separação do poder e do estado, há uma diminuição da função protetora que ele próprio exercia sob a população, tornando-a mais vulnerável.

McMichael e Beaglehole (2003) dizem que os constantes impactos sociais, culturais e econômicos que são provocados pelo processo de globalização podem acarretar em riscos para a saúde da população. Entre esses riscos, citam a manutenção da pobreza, causada pela desigualdade social derivada das imparidades econômicas, a fragmentação do mercado de trabalho, a precarização dos sistemas de trabalho quanto à saúde, a falta de segurança sanitária, a constante degradação do meio ambiente, o aumento do consumo de tabaco, a obesidade, o aumento de problemas relacionados a saúde mental das populações, ou, ainda, o aumento da disseminação de doenças infecciosas devido ao crescimento de viagens internacionais.

Com os territórios mais expostos e vulneráveis a consequentes eventos, como epidemias e surtos de diversas doenças, uma vez que as barreiras físicas e as fronteiras políticas não são mais o limite entre as relações, o termo “saúde global” emergiu juntamente com essas grandes transformações. Para Nigro e

Perez (2014) é “nas interfaces e conexões entre a globalização e a saúde, que se fundamentam as análises da saúde global, e seus diversos temas e agendas da contemporaneidade” (p. 15).

Com a globalização e a facilitação do fluxo de capitais em escala global, as empresas não estatais e os setores privados ganharam visibilidade frente à chance de aumento dos seus lucros, havendo um grande deslocamento de papéis a partir daí. Assim, o que antes ficava restrito aos governos nacionais, agora não depende mais do controle nacional. Logo, órgãos como a OMS entraram em uma crise de legitimidade frente a esses novos atores, e, conseqüentemente, precisaram buscar novamente seu papel de liderança na saúde pública mundial. É nesse contexto que, segundo Brown et al. (2006), surgiram esforços de produção acadêmica e das próprias agências de saúde para disseminar uma nova conceituação para a saúde planetária como forma de introduzir algo ‘novo’ ao campo das relações internacionais, e dar novamente visibilidade a OMS nos anos de 1990. Frente ao neoliberalismo⁶² e também aos interesses das agências, empresas e governos em ampliar seus campos de poder e influência, as expressões acabaram por se sobreporem e houve uma passagem do termo internacional para o global.

Kickbush (2002) conceitua a saúde global como um conceito que surgiu de novas ressignificações a partir da ideia de saúde internacional e que, no contexto da globalização, evidenciou uma busca por novas estratégias e abordagens que dessem conta da interdependência da saúde para além dos estados nações, das relações políticas e dos regimes fronteiriços. Assim, a saúde global precisaria ser mais abrangente no sentido de que suas implicações, caberiam a ser adotadas por todos, indiferente de questões culturais, políticas e sociais, e que as mesmas mantivessem o estado de bem-estar social mundial.

Para Fortes e Ribeiro (2014, p. 369), a saúde global pode ser compreendida como “uma condição, uma atividade, uma profissão, uma filosofia,

⁶² Para Harvey (2008), o Neoliberalismo é uma teoria/sistema que pode ser compreendida através de práticas políticas-econômicas que propõem o bem-estar humano e social a partir da capacidade empreendedora individual, frente as condições do livre comércio, caracterizadas pela privatização e retirada do Estado da ordem econômica.

uma disciplina ou um movimento”, mas deve-se entender que não há conceito definido sobre o que seja Saúde Global, sendo que seu campo de atuação é diverso. Todavia, podem ser encontradas duas vertentes dominantes dentro do conceito de Saúde Global, sendo que as duas reconhecem a mesma como um campo de ligação entre a Saúde e as Relações Internacionais.

A primeira das vertentes busca compreender e conceituar a saúde como um valor centrado em si, relacionando-se a orientações de natureza coletivas, baseando-se em princípios éticos, sociais, humanos, de equidade e solidariedade. Segundo Fortes (2015), a equidade pode ser compreendida como uma forma de tratar diversificadamente as necessidades de cada pessoa, levando em consideração os princípios básicos da saúde e, assim, promovendo o bem-estar das populações. Para a OMS a equidade é uma ‘palavra-chave’ dentro de sua missão como promotora do bem-estar social no mundo, sendo ela a ligação entre a justiça e a igualdade social, que garante o acesso mais igualitário à saúde, mesmo frente às disparidades do processo de globalização.

A segunda vertente de pensamento da Saúde Global, segundo Fortes e Ribeiro (2014), pode ser considerada mais ‘instrumental’ – no sentido de transformar a saúde em ferramenta e caracterizar-se por possibilitar e viabilizar os interesses políticos, militares, econômicos e sociais das nações frente a sua própria segurança sanitária. Para além disso, o campo interdisciplinar proporcionado pela saúde global, perpassa as antigas noções que davam ênfase à saúde apenas no campo biológico.

Dessa maneira, tratam-se das distintas relações do conceito de saúde, relacionados à grande diversidade humana, cultural e social, mediante o reconhecimento de contextos regionais, locais e as consequências diferenciadas nos eventos globais. Nessa perspectiva a própria biopolítica pode ser pensada como um movimento global, quando relacionada a tal dinâmica de saúde, porque atua de forma ampla sobre os diversos processos, e consegue ter maior abrangência de controle.

Essa atuação em uma nova escala, juntamente com os governos nacionais possibilitou que a própria Saúde Global, ganhasse espaço e

viabilizasse cada vez mais suas ações. Estas começaram a ser desenvolvidas em diferentes locais por diferentes órgãos e agências, o que proporcionou níveis de controle cada vez maiores e mais eficientes a biopolítica.

4.3 Instituições e agências atuantes na Saúde Global

Para Fortes (2015) um dos grandes desafios atuais da saúde global é reformular as formas de intervenção nos processos internacionais de saúde. Para isso muitas são as agências que atuam no âmbito global para sanar as exigências coletivas da saúde das populações, podendo-se citar as Organizações Intergovernamentais internacionais e as Organizações não governamentais internacionais.

As Organizações Intergovernamentais internacionais surgiram com o advento da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945. Após o fim da segunda guerra mundial, frente ao cenário devastador em diversos países e aos milhões de mortos, as superpotências da época, Estados Unidos, Reino Unido e a extinta URSS reuniram-se com outros países (51 no total) para criar uma organização de cunho político, com a principal função de manter a paz mundial e cooperar com o desenvolvimento econômico, social. A ONU possui hoje 193 países-membros, atuando por meio de diversas secretarias com sede situada em New York (EUA) e com escritórios regionais em diversos países.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) atua como uma agência especializada da ONU e é a responsável e coordenadora das ações sanitárias no mundo. Tem por objetivos a melhoria da saúde global e a afirmação de que a saúde de todos os povos é uma condição fundamental para lograr a paz e a segurança e depende da mais ampla cooperação das pessoas e estados (OMS, 2012). Com a participação de 193 estados-membros da ONU e dois não membros (Niue e as Ilhas Cook)⁶³, a OMS possui também seis escritórios

⁶³ Os países que não são membros da ONU, podem tornar-se membros associados da OMS se aprovados pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS). Também, os estados-não-membros

regionais, instalados em áreas estratégicas, espalhados por todos os continentes, com exceção da Oceania.

Os estados-membros são os responsáveis por elegerem representantes que juntamente com o diretor-geral da Assembleia Mundial de Saúde (AMS), têm responsabilidade e autonomia para participar de discussões e análises que envolvem a formulação de medidas, metas, resoluções e normas a serem adotados em nível internacional, e que também servirão para guiar políticas sanitárias em escalas menores, dentro dos próprios estados-membros.

Segundo a própria OMS (2012), a organização recebe fundos dos estados-membros, de doadores públicos e de iniciativa privada, o que fortalece e possibilita a divisão e atuação social e econômica nos mais distintos locais do planeta. De forma mais significativa, nos últimos anos a OMS tem buscado parcerias com entidades externas, muitas vezes com Organizações não governamentais e com a indústria farmacêutica, viabilizando um maior investimento em contenção de doenças e melhorias na qualidade de vida da população de forma geral. Fortes e Pedalini (2014) ressaltam que a OMS defende e acredita na saúde como um fator decisivo e importante para o desenvolvimento socioeconômico das nações.

A Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) também é uma agência especializada da ONU, atuando em 191 países. Tem como objetivos e missão a responsabilidade de proteger os direitos da criança, atuando principalmente sobre a vulnerabilidade e proteção especial das crianças em locais mais desfavorecidos, e também em questões de cunho político, social e ambiental, como as guerras, migrações e desastres naturais. No campo da saúde volta seus trabalhos para ações e orientações sobre saneamento básico, alimentação e imunização infantil.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) é uma agência especializada da ONU para assuntos voltados a educação, cultura, ciência, comunicação e informação, é composta por

podem participar do estatuto de observador, é o caso de países como Taiwan, Vaticano, a Palestina entre outros.

representantes dos 195 estados membros. Na área da saúde, desenvolve trabalhos voltados a prevenção de doenças como o HIV/Aids, proporcionando interlocuções entre os campos da educação e da saúde.

Outro foco de ações da saúde global se instala sobre as Organizações não governamentais internacionais (ONGs), as quais são fundações que não atuam em nome de uma determinada nação, mesmo que muitas vezes recebam investimentos de países onde estão situadas. Seus esforços começaram a surgir em meados do século XX, principalmente no período do pós-guerra⁶⁴, na qual, segundo Fortes e Pedalini (2014), as principais metas das ONGs era uma busca e, conseqüentemente, uma melhor constituição dos direitos humanos, que foram fortemente desrespeitados nesse período. Com o passar do tempo, frente às mudanças em escala global desenvolvidas no período da Guerra Fria, o foco das ONGs ampliou-se e difundiu seus temas no campo dos serviços sociais e ambientais.

Tais problemáticas chegaram ao campo da saúde quando, na década de 1980, a luta contra o Vírus da Imunodeficiência Humana HIV⁶⁵ (usa-se a sigla em inglês) tomou um lugar de destaque na saúde internacional. Com foco de trabalho principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, as ONGs tiveram grande importância no combate a diversas doenças, com papel de destaque no combate à fome, à sede e à subnutrição, e atuaram de maneira ampla para proporcionar auxílio aos diversos efeitos colaterais provocados pelos conflitos armados ao redor do mundo.

A definição de ONG foi apresentada pelo Conselho Econômico e Social (ECOSOC) da ONU, que coordena as ações das mesmas frente às agências e instituições especializadas, e no Artigo 71 capítulo 10 da Carta da ONU⁶⁶ de

⁶⁴ Período recorrente ao término de uma guerra, e que geralmente reflete problemáticas de cunho social, econômico e político. No caso citado, entre 1945-1955 após o término da Segunda Guerra Mundial.

⁶⁵ Vírus que gera a AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), doença que mata ou danifica as células do sistema imunológico, destruindo progressivamente a capacidade do organismo em combater outros vírus. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/en/>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

⁶⁶ Disponível em: <http://unicrio.org.br/img/CartadaONU_VersolInternet.pdf> Acesso em: 01 dez. 2016.

1946, definiu que ONGs⁶⁷ seriam todas as organizações não resultantes de acordos intergovernamentais, independentemente de suas formas de financiamento. Algumas das Organizações não governamentais internacionais ganham destaque frente a suas ações coletivas como é o caso da Cruz Vermelha (CV), Médicos Sem Fronteiras (MSF), a Fundação Rockefeller, entre outras.

A Cruz Vermelha foi fundada em 1862 (muito antes de sua classificação como ONG), com o objetivo de atender aos feridos da Batalha de Solferino protagonizada pela França e Áustria em 1859. Atualmente dispõe de um amplo campo de atuação em nível internacional, mas responde à Suíça onde está instalada. Organiza-se em cinco departamentos distintos, distribuídos em cinco regiões geográficas – África, América Latina e do Norte, Ásia e Europa. A CV passou a desempenhar importância frente à saúde global quando voltou seu foco para a saúde pública, em conjunto com a OMS, nas campanhas contra a tuberculose iniciadas a partir da Segunda Guerra Mundial, além de ações voltadas aos conflitos armados, às vítimas de desastres naturais, catástrofes tecnológicas e emergências de saúde, principalmente nos casos de migração e refúgio.

Outro importante órgão não governamental de atuação na saúde global é o Médicos Sem Fronteiras (MSF), do francês *Médecins Sans Frontières*. O programa foi criado em 1971 na França, por Médicos e Jornalistas que a partir das suas experiências como voluntários em Biafra, na Nigéria, que passava por uma guerra civil, perceberam as limitações e necessidades da ajuda humanitária internacional. A partir disso, o MSF procurou realizar trabalhos humanitários com foco na Assistência Básica e gratuita de saúde, e, desde então, leva cuidados de saúde a pessoas afetadas por conflitos armados, desastres naturais, epidemias, desnutrição ou pessoas sem qualquer acesso à assistência médica. Segundos dados do próprio MSF⁶⁸, em 2015 o programa contava com atividades

⁶⁷ Atualmente a ECOSOC, considera 3.287 ONGs em estado consultivo. Disponível em: <<http://csonet.org/index.php?menu=119>> Acesso em: 01 dez. 2016.

⁶⁸ Disponível em: <<http://www.msf.org.br/infografico-atividades-2015/>> Acesso em: 07 dez. 2016.

em cerca de 70 países, sendo que 58% de seus projetos se centravam no continente africano.

As intervenções do MSF, segundo Fortes e Pedalini (2014), ocorrem em todos os lugares em que a população sente sua condição de saúde e vida ameaçada, e suas principais atividades relacionam-se à assistência primária em saúde, saúde materno-infantil, subnutrição, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças específicas, cuidados com a saúde mental, campanhas de vacinação, distribuição de itens de abrigo e necessidades básicas, recuperação de estruturas de saneamento, como também de postos de saúde e hospitais. O MSF tem sido um dos principais envolvidos com o resgate e cuidados com as populações em processo de deslocamento, além de se constituir como um grande aliado de outras ONGs na busca em proporcionar melhores condições de vida e saúde aos atingidos por conflitos armados.

Outras entidades que atuam em prol da saúde global são a Fundação Rockefeller e a Fundação Ford (FF). A primeira, criada em 1913, foi a pioneira mundial em filantropia, atuando em distintas áreas, sendo uma delas a saúde pública, proporcionando a ampliação das pesquisas e controle das mais variadas doenças, como também levando diversos investimentos na área da educação em saúde. No caso da Fundação Ford, criada em 1936, a mesma objetiva o desenvolvimento científico e educacional, mas também atua sobre os programas de saúde. Além dessas, a Fundação Bill e Melinda Gates, o Greenpeace, a GAVI Alliance, entre diversas outras, também são exemplos de entidades voltadas para essas questões.

No século XXI o foco das instituições se voltou ao rápido crescimento populacional e a facilitada disseminação de doenças provocadas pelos fluxos populacionais pendulares e migratórios, e as constantes crises humanitárias que as populações são expostas, frente aos incessáveis conflitos armados. O papel das agências nesse espaço, é de extrema importância, primeiro pelo alto grau de eficiência de suas ações, segundo, para o suprimento e garantia do acesso universal e equitativo à saúde como um bem. Assim, as organizações agem no sentido de redução das disparidades causadas pela desigualdade social, além de visar à qualidade de vida e ao bem-estar da população.

4.4 A produção do sujeito migrante por meio dos discursos da saúde global.

Como já citado no início desse capítulo, a saúde é compreendida, na contemporaneidade, como um bem indispensável e um direito humano fundamental a qualquer indivíduo, em qualquer tipo de situação, e que é de dever dos estados promovê-la. Entretanto, quando a lógica desse direito perpassa para as fronteiras internacionais e necessita ser aplicada sobre os sujeitos que se deslocam entre os diversos lugares, uma série de questões relacionadas a saúde acabam por ser fragilizadas.

Essa fragilização coloca em alerta as agências e órgãos internacionais das mais variadas esferas do meio político e social, para o adendo de possíveis ‘problemas’ relacionados à saúde e a segurança global. Como também citado, a lógica de Saúde Global – que indico ser assumida como a lógica de saúde da OMS – passa a juntar esforços com os estados, com vistas a possíveis soluções aos problemas e manter a lógica de segurança.

Essas ‘soluções’, em grande maioria, estão relacionadas às questões políticas como resoluções, leis, normas, documentos, entre outros. No caso dos documentos, quando o foco está sobre o evento da migração, estão incumbidas uma malha de estratégias e discursos que, relacionados às práticas, passam a educar, balizar, ordenar e produzir determinadas visões acerca do sujeito que por ele é caracterizado. Isto pode ser visto, principalmente, pela lógica de atuação da OMS frente a sua importância no contexto geopolítico, que qualifica suas práticas e discursos como um modo ‘oficial de saúde’. Esse modo oficial se legitima em uma lógica discursiva que se refere sempre a um padrão mais adequado, relacionado os cuidados de saúde às diretrizes a serem seguidas, no intuito de alcançar uma maior equidade entre as populações.

Conseqüentemente, essas práticas e orientações e a forma em que elas são abordadas no âmbito da saúde, abrem caminhos para que se possam questionar tais estratégias. Com isso surgiram elementos que me remeteram para uma investigação acerca de como o sujeito migrante é produzido por este

contexto. Meu interesse nessa seção não foi necessariamente mostrar se os discursos caracterizam a migração como algo positivo ou negativo, visto que não se trata de fazer nenhuma valoração moral sobre o tema, mas, sim, como sugere Foucault (2014), ao destacar a forma como tais práticas discursivas produzem os sujeitos de que falam.

Nos documentos analisados (2013; 2016), a saúde do migrante é abordada tanto como uma “grande preocupação para a humanidade”, pois coloca em risco a segurança sanitária global, como também “uma problemática de direitos humanos” que se pauta no exercício e na oferta da saúde em escala individual para o bem-estar coletivo.

Quando se apresenta como “uma problemática de direitos humanos”, o foco da saúde nos documentos aborda uma série de discussões relacionadas ao direito dos migrantes à saúde. Esse direito está relacionado como um bem indispensável à vida como forma de manter o estado de bem-estar dos indivíduos. No *‘Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos (2013)’* as agências responsáveis pela publicação citam que embora vários tratados de direitos humanos se refiram ao direito à saúde, o artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC)⁶⁹ fornece a articulação mais abrangente, reconhecendo "o direito de todos ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental" (p.14). Além disso, o documento retrata que um aspecto fundamental para o direito à saúde é que ele contém tanto o que chamam de ‘liberdades’ como o que intitulam de "direitos".

Sobre as ‘liberdades’ o documento fala que:

“Freedoms include, for instance, the right to be free from non-consensual and uninformed medical treatment, medical experimentation or forced HIV testing. Freedom from torture and other forms of cruel, inhumane and degrading treatment is another important component of

⁶⁹ Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) é um tratado multilateral adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 16 de dezembro de 1966 e em vigor desde 3 de janeiro de 1976. O acordo diz que seus membros devem trabalhar para a concessão de direitos econômicos, sociais e culturais para pessoas físicas, incluindo os direitos de trabalho e o direito à saúde, além do direito à educação e à um padrão de vida adequado.

the realization and protection of the right to health” (p. 17)

International Migration, Health and Human Rights, 2013⁷⁰.

Nas questões relacionadas aos “direitos” é apresentado que:

“Entitlements result from the obligation of the state to provide adequate health services necessary for the realization of the highest attainable standard of health. Entitlements include the right to a system of protection (i.e. a system of prevention, treatment and control of diseases) on an equal basis for all and access to information and education about health (particularly that surrounding unhealthy or risky behaviour), essential medicines and sexual and reproductive health-care services” (p. 18)

International Migration, Health and Human Rights, 2013⁷¹.

A partir desses atributos, o Comitê de avaliação do PIDESC , no seu comentário geral n°. 14, interpretou o conteúdo do direito à saúde⁷². Conseqüentemente, para cumprir os direitos e liberdades acima mencionados, os Estados devem assegurar que instalações, bens e serviços de saúde estejam disponíveis, acessíveis, aceitáveis, de boa qualidade e aplicáveis a todos os setores da população, incluindo os migrantes.

⁷⁰ Tradução Livre: “As liberdades incluem, por exemplo, o direito de ser livre de tratamento médico não consensual e desinformado, experimentação médica ou teste forçado do HIV. A libertação da tortura e outras formas de tratamento cruel, desumano e degradante é outro componente importante da realização e proteção do direito à saúde” (p. 17). Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos, 2013.

⁷¹ Tradução Livre: “Direitos resultam da obrigação do estado de fornecer serviços de saúde adequados necessários para a realização do mais alto padrão possível de saúde. Os direitos incluem o direito a um sistema de proteção (ou seja, um sistema de prevenção, tratamento e controle de doenças) em igualdade de condições para todos e acesso à informação e educação sobre saúde (particularmente aquelas que envolvem comportamentos pouco saudáveis ou arriscados), medicamentos essenciais, e serviços de saúde sexual e reprodutiva” (p. 18). Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos, 2013.

⁷² Comentários gerais são documentos interpretativos que orientam estados e outras partes interessadas para esclarecer o escopo e o conteúdo de cada direito, bem como descrever suas obrigações em artigos específicos de um instrumento.

Além disso, quando os documentos citam as questões relacionadas às liberdades, fica claro que nenhum indivíduo pode ser forçado a realizar exames, tomar medicamentos, ou outras práticas de saúde. Entretanto, quando essa lógica se aplica aos migrantes, a partir de uma brecha, essa liberdade de escolha é colocada em suspensão, porque os países, frente ao processo migratório, adotam uma série de medidas que são necessárias para que o migrante possa chegar ao país. Tais medidas, muitas vezes, incluem com obrigatoriedade a realização de exames médicos ou cuidados relacionados à imunologia. Assim, por exemplo, para um imigrante brasileiro entrar nos Estados Unidos, é necessário que os indivíduos se submetam a exames médicos, incluindo, exame físico (inclusive ginecológico sumário e exame clínico de mama), exames de sangue, radiografia dos pulmões e algumas vacinas segundo o site da Embaixada dos Estados Unidos no Brasil⁷³. Ou seja, o indivíduo não sofre uma violação dos seus direitos, mas acaba concordando com o processo por sua necessidade.

Além disso, os documentos tratam o direito à saúde como uma relação mútua entre os ‘determinantes de saúde⁷⁴’ e os “cuidados de saúde⁷⁵’ e que nessa relação precisam ser assegurados quatro questões principais: disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade.

Esses quatro componentes são retratados da seguinte forma:

“Availability: functioning public health and health facilities, goods, services and programmes in sufficient quantity. Accessibility: non-discrimination, physical accessibility, economic accessibility (affordability), information accessibility. Acceptability: respectful of medical ethics and culturally appropriate, sensitive to

⁷³ Disponível em: <<https://br.usembassy.gov/pt/visas-pt/instrucoes-para-os-exames-medicos/>>. Acesso em: 06 out. 2017.

⁷⁴ Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os Determinantes de saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

⁷⁵ Cuidado em saúde significa dar atenção, tratar, respeitar, acolher o ser humano em prol do seu estado de bem-estar. O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde.

age and gender. Quality: scientifically and medically appropriate” (p. 18)

International Migration, Health and Human Rights, 2013⁷⁶

Quando relacionados às questões da saúde dos migrantes junto aos quatro eixos de compreensão do seu direito, ficam evidentes algumas questões que principalmente se articulam às questões dos ‘determinantes em saúde’. A disponibilidade para o migrante, a acessibilidade, a qualidade no serviço e aceitabilidade, necessariamente dependem de uma interrelação de ordem política, social e cultural direta com as questões relacionadas aos direitos humanos.

Nesse sentido, o grande impasse é que o migrante, quando em trânsito, não dispõe das quatro especialidades básicas por causa de sua situação. Mesmo que as políticas humanitárias das agências e órgãos políticos mundiais visem ao acesso universal aos meios de saúde, as políticas nacionais pautam-se nos limites fronteiriços, o que não necessariamente garante a equidade e a integralidade da condição de bem-estar físico e mental que corresponde à saúde. Além disso, os diversos migrantes que transitam de forma ilegal entre os países, têm acesso quase nulo, comparado aos demais, porque, em grande maioria, possuem medo de ficarem expostos a uma situação de irregularidade.

Ainda argumentando no sentido de perceber o migrante pelo discurso da saúde global como uma grande problemática de direitos humanos, outras questões surgem. Para além dos documentos analisados, a OMS entende em suas concepções e no seu estatuto que o pleno gozo de muitos direitos humanos depende da realização do direito à saúde, da mesma forma, a plena realização

⁷⁶ Tradução livre: “Disponibilidade: funcionamento de saúde pública e instalações de saúde, bens, serviços e programas em quantidade suficiente. Acessibilidade: não discriminação, acessibilidade física, acessibilidade econômica (acessibilidade), acessibilidade da informação. Aceitabilidade: respeitosa da ética médica e culturalmente apropriada, sensível à idade e ao gênero. Qualidade: cientificamente e medicamente apropriado” (p. 18). Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos, 2013.

do direito à saúde não pode ser prosseguida sem o respeito e o cumprimento de vários outros direitos.

Esses outros direitos relacionados à saúde são apresentados nos documentos, juntamente com algumas experiências e casos específicos a respeito dos mesmos. São eles:

“The right to adequate food derives from the right to an adequate standard of living. The right to adequate food is realized when every man, woman and child, alone or in community with others, has physical and economic access at all times to adequate food or the means for its procurement. The right to adequate food should therefore be interpreted in a narrow or restrictive sense which defines food as a minimum package of calories, proteins and other specific nutrients” (p. 22).

International Migration, Health and Human Rights, 2013⁷⁷.

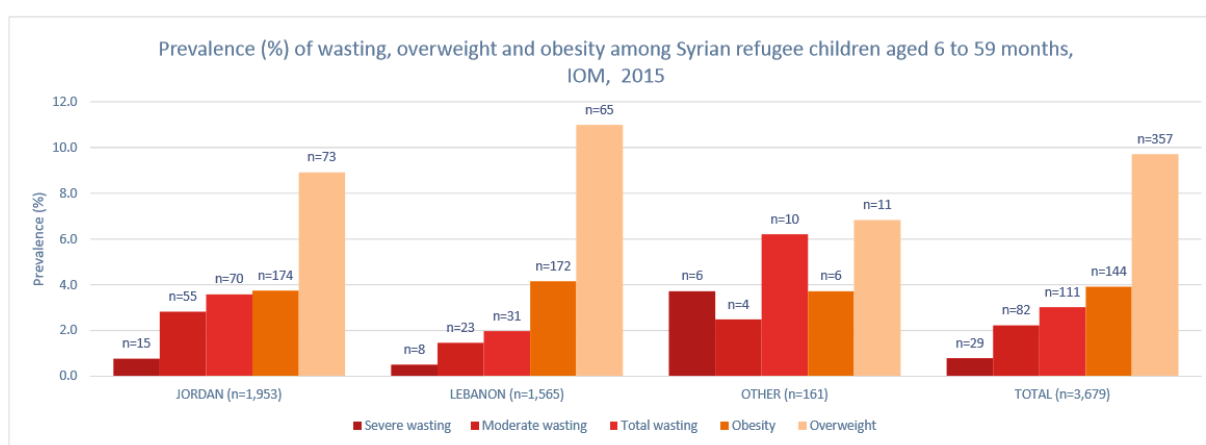
A qualidade e a quantidade de alimentos têm um impacto direto na saúde dos indivíduos e, portanto, são aspectos essenciais do bem-estar de uma pessoa. Do ponto de vista dos direitos humanos, o direito a alimentos adequados implica a disponibilidade de alimentos em quantidade e qualidade suficientes para satisfazer as necessidades alimentares dos indivíduos, livres de substâncias adversas e aceitáveis dentro de uma determinada cultura.

O acesso a alimentos e nutrientes seguros e adequados apresenta uma série de desafios complexos e interrelacionados para os migrantes. Não é, no entanto, o caso de que todos os riscos associados à nutrição estão relacionados à falta de alimentos. Alguns estão relacionados a dietas pobres, pobreza e inacessibilidade econômica para (ou seja, o alto custo de) alimentos saudáveis. Em ambos os documentos é possível notar que as questões tida como pouco

⁷⁷ Tradução livre: “O direito à alimentação adequada deriva do direito a um padrão de vida adequado. O direito a uma alimentação adequada é realizado quando cada homem, mulher e criança, sozinhos ou em comunidade com outros, tem acesso físico e econômico em todos os momentos a alimentos adequados ou os meios para sua aquisição. Por conseguinte, o direito a uma alimentação adequada deve ser interpretado num sentido estrito ou restritivo que define o alimento como um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos” (p. 22). Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos, 2013.

saudáveis, em particular, foram associadas a uma série de problemas de saúde - incluindo doenças relacionadas à obesidade, como diabetes e doenças cardiovasculares - entre certos grupos de migrantes.

Em um estudo feito pela IOM presente no *'Migração e Saúde: Revisão Anual 2015 (2016)'* com 3.679 crianças migrantes sírias que estavam principalmente na Jordânia e no Líbano com idades entre 6 e 59 meses no ano 2015, relevou (figura 7) que a maior parte das crianças encontram-se acima do peso.



Source: IOM.

Figura 7 – Gráfico de Prevalência de desperdício, sobrepeso e obesidade entre crianças refugiadas sírias com idades entre 6 e 59 meses, IOM, 2015.

É importante marcar que esses dados seguem em direção oposta ao que as imagens dos documentos analisados nos dizem sobre uma criança migrante ou refugiada. As crianças migrantes no escopo dos documentos são representadas com imagens que geralmente nos remetem à condição de subnutrição, à fome e a problemas estruturais, como a própria capa (figura 1) do documento que contém a pesquisa, já apresentada no capítulo 2.

Outro ponto de análise é:

“The right to adequate housing is derived from the right to an adequate standard of living, (article 11 of the ICESCR). The CESCRC has underlined that this right should be interpreted as the right to live somewhere in

security, peace and dignity. Protection against forced evictions and the arbitrary destruction and demolition of one's home is a core aspect of the right to adequate housing" (p. 23).

International Migration, Health and Human Rights, 2013⁷⁸

O gozo do direito a uma habitação adequada é indispensável para a dignidade humana e a realização de uma ampla gama de direitos e liberdades fundamentais, em particular o direito à saúde e outros direitos essenciais ao bem-estar de cada indivíduo. As condições de habitação têm um impacto significativo na qualidade de vida e na saúde física e mental dos indivíduos. A falta de habitação adequada está correlacionada com vários problemas de saúde, como uma má nutrição, problemas de saúde mental e abuso de substâncias, bem como doenças graves causadas pela falta de água potável e instalações de saneamento.

Dentro os diversos problemas citados nos documentos em relação à habitação como direito, é notável que o acesso a uma habitação adequada pode ser um desafio para muitos migrantes, especialmente os irregulares. Em vários países, as leis nacionais prejudicam gravemente o direito dos migrantes à habitação. Por exemplo, existem leis que impõem penalidades civis ou criminais aos proprietários que alugam habitação para migrantes irregulares.

Os migrantes não só são mais propensos a ter menos acesso a habitação adequada, mas também são mais propensos a ficar sem residência. Na União Europeia (UE) por exemplo, os migrantes segundo dados da IOM em 2015, representam cerca de 20% da população sem-teto.

Outro direito fundamental relacionado à saúde é:

⁷⁸ Tradução livre: "O direito a uma habitação adequada é derivado do direito a um padrão de vida adequado (artigo 11 do PIDESC). O CESCRC sublinhou que este direito deve ser interpretado como o direito de viver em algum lugar em segurança, paz e dignidade. A proteção contra despejos forçados e a destruição e demolição arbitrária da casa é um aspecto central do direito à habitação adequada" (p. 23). Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos, 2013.

“The right to work and labour rights. Article 7 of the ICESCR states that everyone has the right to the enjoyment of just and favourable conditions of work, which include a safe and healthy working environment. The impact of inadequate working conditions on the health and well-being of an individual should not be underestimated” (p. 24).

International Migration, Health and Human Rights, 2013⁷⁹

Segundo a IOM em (2015) os trabalhadores migrantes estão entre os trabalhadores mais vulneráveis do mundo, onde por muitas vezes estão sujeitos à exploração, discriminação e abuso, e em constante medo de deportação. As questões relacionadas ao trabalho são diversas e se relacionam a uma série de práticas que precisam ser eliminadas como, por exemplo, trabalho forçado ou compulsório, trabalho infantil e discriminação em relação ao emprego e à ocupação.

Vinculado aos direitos do trabalho, entram em questão outra temática:

“The right to social security. Article 9 of the ICESCR provides that “[t]he States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to social security, including social insurance.” As the CDESCR has noted, the right to social security encompasses the right to access and maintain benefits, whether in cash or in kind and without discrimination, in order to secure protection, inter alia, from (a) lack of workrelated income caused by sickness, disability, maternity, employment injury, unemployment, old age, or death of a family member; (b) unaffordable access to health care; and (c) insufficient family support, particularly for children and adult dependents” (p. 25).

⁷⁹ Tradução livre: “O direito ao trabalho e os direitos trabalhistas. O artigo 7º do PIDESC afirma que todos têm direito ao gozo de condições de trabalho justas e favoráveis, que incluem um ambiente de trabalho seguro e saudável. O impacto de condições de trabalho inadequadas na saúde e no bem-estar de um indivíduo não deve ser subestimado” (p. 24). Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos, 2013.

O que é apontado nos documentos é que os Estados não podem excluir arbitrariamente os trabalhadores migrantes dos regimes de segurança social e proteção social. Segundo a IOM (2016), os órgãos competentes estabeleceram que o princípio da não discriminação com base na nacionalidade aplica-se igualmente ao direito à segurança social. Além disso, nos documentos é retratado que os Organismos Internacionais Governamentais elaboraram que o direito à segurança social inclui regimes contributivos ou baseados em seguros, como o seguro social, entre outros, bem como os regimes não contributivos.

É importante reconhecer que os trabalhadores migrantes são uma parte valiosa da força de trabalho e da economia de um país e, portanto, podem contribuir com os regimes de seguro social pagando impostos. O que fica a parte dessa questão é que juntamente com o direito ao trabalho, há uma defasagem no sentido de oportunidades de trabalho. A maior parte dos migrantes não consegue emprego, simplesmente pelo fato de estar sob essa condição, ou por ser um migrante ilegal.

Os documentos até questionam que o status migratório de uma pessoa - ou seja, ele ou ela está documentado ou indocumentado - não deve ser um fator determinante para a inclusão nos esquemas de proteção social de um Estado, a fim de enfrentar a pobreza e a exclusão social. Mas em nenhum momento questionam as leis e normas dos Estados frente à adesão desse migrante nas suas políticas de segurança social.

⁸⁰ Tradução Livre: "O direito à segurança social. O artigo 9º do PIDESC prevê que "os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de todos à segurança social, incluindo o seguro social". Como o CESCR observou, o direito à segurança social abrange o direito de acesso e manutenção benefícios, em dinheiro ou em espécie e sem discriminação, a fim de garantir proteção, integral, de (a) falta de renda relacionada ao trabalho causada por doença, invalidez, maternidade, lesão profissional, desemprego, velhice ou morte de uma família membro; (b) acesso incontrolável aos cuidados de saúde; e (c) apoio familiar insuficiente, particularmente para crianças e dependentes adultos" (p. 25). Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos, 2013.

Na mesma ordem de relação entre o direito e a saúde, outro pilar importante está no

“The right to family life. The family is recognized as the natural and fundamental group unit of society in, inter alia, Article 23 of the International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR). Rights specific to children, such as the principle of family unity, the rights to a name, registration at birth and nationality, as well as the right not to be separated from their parents against their will, are protected under the Convention on the Rights of the Child (CRC), Articles 7, 8 and 9. The principle of the best interests of the child is derived from Article 3.1 of the Convention, and the Committee on the Right of the Child, in its General Comment No. 6, makes it clear that the best interests of the child should be the primary consideration, including in issues of family reunification” (p. 27)

International Migration, Health and Human Rights, 2013⁸¹.

Na medida em que é considerado um direito fundamental básico de qualquer pessoa, o direito a ter/formar uma família, os documentos reafirmam que necessidade e importância do asseguramento desse direito como forma de evitar maiores problemas relacionados aos grupos minoritários de migrantes, como, por exemplo, as mulheres e as crianças. O que não é abordado são as questões que interferem e perpassam as lógicas que obrigam as famílias a se

⁸¹ Tradução Livre: “O direito à vida familiar. A família é conhecida como a unidade de grupo natural e fundamental da sociedade, nomeadamente no Artigo 23 do Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos (PIDCP). Os direitos específicos para crianças, como o princípio da unidade familiar, o direito de um nome, registro de nascimento e nacionalidade, bem como o direito de não se separar de seus pais contra a sua vontade, estão protegidos pela Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), artigos 7, 8 e 9. O princípio do melhor interesse da criança é derivado do artigo 3.1 da convenção, e o Comitê sobre o Direito da Criança, no seu comentário geral nº 6, faz com que o interesse da criança deve ser a principal consideração, inclusive em questões de reunificação familiar” (p. 27). Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos, 2013.

separarem, sejam elas pelo próprio movimento migratório, ou por outros eventos como a discriminação, os preconceitos e etc...

Nessa perspectiva pode ser citado que tal separação aumenta as chances do migrante correr mais riscos, como a violência, abuso sexual, tráfico, trabalho escravo e maiores violações de seus direitos. O *'Migração e Saúde: Revisão Anual 2015 (2016)*, mostra que no ano de 2015 uma gama de programas e estratégias foram formadas principalmente sobre os grupos minoritários, como forma de evitar possíveis afastamentos entre os membros de grupos familiares. Entretanto, a vida em família exige não só que os governos se beneficiem de ações realizadas pelas agências e ONGs, mas sim que os mesmos passem a garantir com medidas positivas, a permanência dos grupos familiares, sem deixar brechas para que aconteçam separações. O direito à vida familiar também implica no direito das crianças, principalmente no processo migratório, à proteção.

Na mesma direção, o afastamento dos familiares, ao longo do processo migratório, pode influenciar o estado de saúde e de bem-estar daqueles que migram. O afastamento familiar, assim como o isolamento social, podem ser potenciais fatores para o desenvolvimento de depressão e outras doenças. Neste contexto, a falta de mecanismos de apoio social pode perpetuar a exposição a fatores de risco e favorecer outras práticas prejudiciais à saúde (MONTEIRO, 2008).

“The right to seek, receive and impart information.

Article 19 of the ICCPR states that [e]veryone shall have the right to freedom of expression; this right shall include freedom to seek, receive and impart information and ideas of all kinds, regardless of frontiers, either orally, in writing or in print, in the form of art, or through any other media of his choice” (p. 28).

International Migration, Health and Human Rights, 2013⁸².

⁸² Tradução livre: “O direito de buscar, receber e divulgar informações. O artigo 19 do ICCPR afirma que todos têm direito à liberdade de expressão; este direito deve incluir a liberdade de buscar, receber e transmitir informações e ideias de todos os tipos, independentemente das fronteiras, seja por via oral, escrita ou impressa, sob a forma de arte, ou através de qualquer outro meio de sua escolha” (p. 28). Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos, 2013.

Assegurar que a informação necessária esteja disponível e entendida por diversas populações é uma consideração cada vez mais importante para o planejamento e a preparação da saúde pública em países com grandes grupos de migrantes. A própria ONU produz diversos materiais sobre temáticas organizadas por suas agências e as disponibiliza em diversas línguas, como forma de buscar uma universalização de seus preceitos e instrumentos de trabalho.

Quando a migração passou a ser o foco das ações políticas globais, diversas foram as informações lançadas que, relacionadas à saúde, como os próprios dois documentos aqui analisados, também versaram sobre questões de saúde sexual e reprodutiva, sobre planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis, sobre determinações políticas e econômicas, sobre estatutos, e diversas outras. No que se refere aos documentos relacionados à saúde, a OMS afirma que tais estratégias de informação são fundamentais para garantir a igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde para indivíduos específicos, como mulheres, adolescentes e adultos jovens, e as pessoas que vivem com determinadas doenças, ou que possuem dos mais variados modos de vida.

Além disso, as questões relacionadas à língua representam grandes dificuldades a uma expressiva parcela dos migrantes, principalmente aos que acabam por serem forçados a sair, ou aqueles que derivam de locais mais pobres. A falta de conhecimento das línguas para quais países estão migrando, colocam aos indivíduos difíceis situações de relacionamento e socialização, acarretando em grandes dificuldades relacionadas à busca por emprego, moradia, comida e deslocamento.

A acessibilidade à informação de saúde também deve incluir o direito de buscar e receber informações imparciais e opiniões profissionais sobre questões de saúde. O *'Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos (2013)'* traz o exemplo – imagem abaixo – de um programa desenvolvido para trabalhadores

migrantes indígenas na América Central que se pautava na reprodução de informações a respeito do cuidado com a sua saúde.

Improving the health of indigenous migrant workers in Central America by disseminating information

IOM has produced for the Ngöbe-Buglé indigenous population information, education and communication (IEC) materials on basic hygiene practices to prevent the spread of influenza-like illnesses. Every year the Ngöbe-Buglé population cross the border between Panama and Costa Rica to work in the agricultural sector. IOM involved cultural advisors in developing bilingual IEC materials in Spanish and in the indigenous Ngobere language to ensure the dissemination of culturally appropriate information to these migrant workers.

Figura 8 – Quadro: Melhorando a saúde dos trabalhadores migrantes indígenas na América Central, disseminando informações⁸³.

Mesmo que para os governos essas informações ajudem a diminuir o número de problemas de saúde, nesses grupos específicos, proporcionando melhor qualidade de vida aos indivíduos, pode-se questionar se este realmente era o intuito principal do programa. Pois, da mesma forma que se possibilitam diversas transformações no que se refere, a saúde de tais populações ou indivíduos, as mesmas são aplicas, por meio de informações que qualificam determinadas práticas, como mais corretas, melhores e mais eficientes, que na ordem do discurso podem ser tomadas como regimes de verdade e também entendidas como estratégias de controle biopolítico.

Assim, passando pelas diversas temáticas que se relacionam e validam o exercício do direito à saúde para os migrantes e que vão muito além de “uma problemática de direitos humanos”, é compreensível que, quando qualquer um desses eixos citados anteriormente é violado, o sujeito passa a ficar vulnerável às diversas situações. E é justamente essa vulnerabilidade que qualifica o

⁸³ Tradução livre: “A OIM produziu para os materiais de informação, educação e comunicação da população indígena *Ngöbe-Buglé* um informativo sobre práticas básicas de higiene para prevenir a propagação de doenças semelhantes a influências. Todos os anos, a população de *Ngöbe-Buglé* atravessa a fronteira entre o Panamá e a Costa Rica para trabalhar no setor agrícola. A OIM envolveu assessores culturais no desenvolvimento de materiais bilíngues de IEC em espanhol e na língua indígena de *Ngobere* para garantir a disseminação de informações culturalmente apropriadas para esses trabalhadores migrantes”.

discurso do sujeito migrante como uma “grande preocupação para a humanidade”.

Se o direito à saúde que se pauta no exercício e na oferta da saúde em escala individual para o bem-estar coletivo não é exercido e provoca situações de vulnerabilidades acerca de sujeitos, logo o espaço que se abre, engaja-se na lógica biopolítica, que reafirma suas atividades por meio da preocupação, da segurança e do risco. O que disso resulta? Uma série de programas, atividades, publicações, práticas que sobre os migrantes são aplicadas no intuito de gestá-los ou controlá-los, e também marca-los.

Mas por que controlá-los? O movimento, o deslocamento, associados ao não cumprimento dos seus direitos básicos de saúde, proporcionam a ele a marcação de ‘sujeito perigoso’ pois relacionado ao processo de deslocamento, às questões que implicam a sua saúde, como as próprias práticas, ou as vulnerabilidades pelos quais os migrantes ficam expostos, que no âmbito da lógica globalizante, podem representar certos riscos às populações autóctones.

Como já argumentado, o migrante acaba por ser constituído como um indivíduo mais vulnerável frente aos problemas relacionados com a sua saúde. Os diferentes discursos sobre os processos migratórios enunciam que, quando em deslocamento, os migrantes passam a ficar mais expostos a diversos acontecimentos e, conseqüentemente, colocam a sua saúde em risco. Mesmo que ainda sejam poucas as fontes de informações sobre o assunto, dados disponibilizados principalmente por fontes nacionais ou internacionais buscam apresentar essas vulnerabilidades dos migrantes (DIAS e GONÇALVES, 2007).

Mas o que significa a expressão “vulnerabilidade”? De acordo com o dicionário Aurélio da língua portuguesa (2010), a expressão “vulnerabilidade” refere-se à “qualidade ou estado do que é ou se encontra vulnerável”. Etimologicamente, “vulnerável” vem do latim *vulnus-neris*, que significa “ferida”. Trata-se da pessoa que “pode ser fisicamente ferida” ou que está sujeita “a ser atacada, derrotada, prejudicada ou ofendida”. Essas definições revelam como o ser vulnerável diz respeito tanto à condição física da pessoa (ser fisicamente ferido, violentado, morto etc.), quanto à sua dimensão psicossocial (ser

derrotado, ofendido, humilhado, reificado etc.). É, portanto, um conceito abrangente que engloba o ser humano em todas as suas dimensões.

Segundo Cruz e Hillesheim (2016) a incorporação do conceito de vulnerabilidade ao campo da saúde “se deu a partir dos estudos sobre HIV realizados por Mann, Tarantola e Netter (1993), na Escola de Saúde de Pública de Harvard, os quais sugeriam indicadores de avaliação do grau de vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento”. Ainda para as autoras (2016) pode-se dizer que a utilização do termo refere-se a determinados indivíduos que apresentam algum grau de alteração em determinadas situações tidas como normais nas diversas ordens de vida, e que de certo modo proporcionam prejuízo aos seus sujeitos.

Os migrantes em seu percurso passam por diversas barreiras, não só geográficas, mas também culturais e socioeconômicas. Em grande parte das ocorrências, a migração se traduz a uma prosperidade e melhoria da qualidade de vida, permitindo-lhes a busca por melhores oportunidades de trabalho e melhores condições de vida. Mas, muitas vezes, os processos migratórios estão marcados por situações desfavoráveis aos indivíduos como, por exemplo, a guerra, a fome ou a violação dos direitos humanos.

Esses fatores principalmente determinam a decisão de migrar e são os mesmos que, através dos discursos promovidos no âmbito da saúde, caracterizam o migrante como um sujeito em situação de uma maior vulnerabilidade em saúde. Essa vulnerabilidade se classifica em níveis diferentes, mediante o pertencimento a grupos específicos dentro dessa população, como, por exemplo, as mulheres, as crianças e os idosos que apresentam um risco maior frente a outros grupos (IOM, 2003).

Juntando as nuances do discurso com essas definições de vulnerabilidade à questão migratória, pode-se inferir que o migrante é mais vulnerável enquanto tem mais probabilidade de ser “ferido” em suas dimensões constitutivas no ato de migrar ou a causa de sua condição de migrante em uma realidade que ainda não conhece suficientemente e na qual ainda tem escassas

relações pessoais, sociais e trabalhistas. Nos documentos analisados essa percepção de vulnerabilidade fica evidente como nos trechos a seguir

“As a result, migrants and mobile populations, and consequently societies at large, are more vulnerable to disease and ill health. This ultimately impacts public health and greater socioeconomic development” (p. 8)

Migration Health, Annual Review 2015, 2016⁸⁴.

“In order to fulfil their legal obligations at the international and national levels, governments in many regions have acknowledged the need to integrate the health needs and vulnerabilities of migrants into their national plans, policies and strategies” (p. 11)

International Migration, Health and Human Rights, 2013⁸⁵.

No âmbito do discurso em ambos os documentos, a interpretação do conceito de vulnerabilidade pode ser perigosa ou mal-entendida. Corre-se o risco de transmitir a ideia de que o migrante seja individualmente e constitutivamente mais fraco ou mais frágil que o não migrante. Faz-se necessário elucidar, portanto, que a vulnerabilidade não se refere à pessoa do migrante, mas à situação em que ela se encontra no ato migratório. E que quando o documento aborda os “migrantes em situação de vulnerabilidade”, frisa, desta maneira, que a vulnerabilidade não é uma característica inerente à pessoa migrante, mas à situação em que ela se encontra.

Em grande parte, os migrantes, já vivem em situações de vulnerabilidade ainda antes de sair de sua terra, sejam elas derivadas das questões sociais,

⁸⁴ Tradução Livre: “Como resultado, os migrantes e as populações móveis, e conseqüentemente as sociedades em geral, são mais vulneráveis a doenças e à saúde. Isso afeta a saúde pública e um maior desenvolvimento socioeconômico” (p. 8). Migração e Saúde: Revisão Anual 2015. 2016

⁸⁵ Tradução Livre: “Para cumprir suas obrigações legais a nível internacional e nacional, os governos em muitas regiões reconheceram a necessidade de integrar as necessidades de saúde e as vulnerabilidades dos migrantes em seus planos, políticas e estratégias nacionais” (p. 11). Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos, 2013.

culturais, políticas e religiosas. Entretanto, deve-se ressaltar que boa parte da população migrante é saudável, e o que pode deixá-la vulnerável é a sua exposição nos países receptores – muitas vezes marcados como ‘mais desenvolvidos’ e melhor estruturados (KANDULA, 2004).

Segundo dados da IOM (2017), são diversos os fatores que contribuem sobre o grau de risco e vulnerabilidade das populações em deslocamento. Dentre os diversos números apresentados nos documentos pode-se citar principalmente que os mesmos apresentam seus esforços, primordialmente relacionados as doenças infecciosas que os migrantes tendem a contrair, ou que os mesmos já possuem como o HIV/Aids, a Tuberculose, o Ebola, as Influenzas e diversos tipos de Hepatites. Na imagem abaixo, apresento uma tabela que compõem o *‘Migração e Saúde: Revisão Anual 2015 (2016)’*, a mesma apresenta dados relativos a casos de detecção de Tuberculose em migrantes em diversos países.

Table 7. Tuberculosis detection among immigrants, IOM selected operations, 2015

Country of Health Assessment (HA) ^a	Total HAs	Active TB			TB detection ^a per 100,000 HAs		
		Lab ^c	Clinical ^d	Total	Lab ^c	Clinical ^d	Total
Africa							
Ethiopia	6,669	2	1	3	30	15	45
Ghana	4,968	-	2	2	-	40	40
Kenya	11,574	23	6	29	199	52	251
Nigeria	14,996	10	1	11	67	7	73
South Africa	5,798	3	-	3	52	-	52
Sudan	1,894	-	-	-	-	-	-
Uganda	2,999	3	1	4	100	33	133
Zimbabwe	1,604	-	-	-	-	-	-
Middle East							
Iraq	3,675	1	-	1	27	-	27
Jordan	1,547	-	-	-	-	-	-
Asia							
Afghanistan	1,792	5	-	5	279	-	279
Bangladesh	11,950	8	-	8	67	-	67
Cambodia	4,390	19	1	20	433	23	456
Nepal	12,355	42	1	43	340	8	348
Pakistan	44,372	43	-	43	97	-	97
Philippines	11,907	58	191	249	487	1,604	2,091
Sri Lanka	3,4256	-	-	-	-	-	-
Thailand	6,878	10	2	12	145	29	174
Viet Nam	25,395	132	36	168	520	142	662
Europe							
Belarus	2,327	-	-	-	-	-	-
Kazakhstan	3,017	1	-	1	33	-	33
Republic of Moldova	3,431	-	-	-	-	-	-
Romania	1,466	-	-	-	-	-	-
Russian Federation	13,617	2	1	3	15	7	22
Serbia	1,465	-	-	-	-	-	-
Ukraine	12,348	4	-	4	32	-	32
All Regions							
Other countries ^e	8,596	3	-	3	35	-	35
Total	224,456	369	252	612	164	108	273

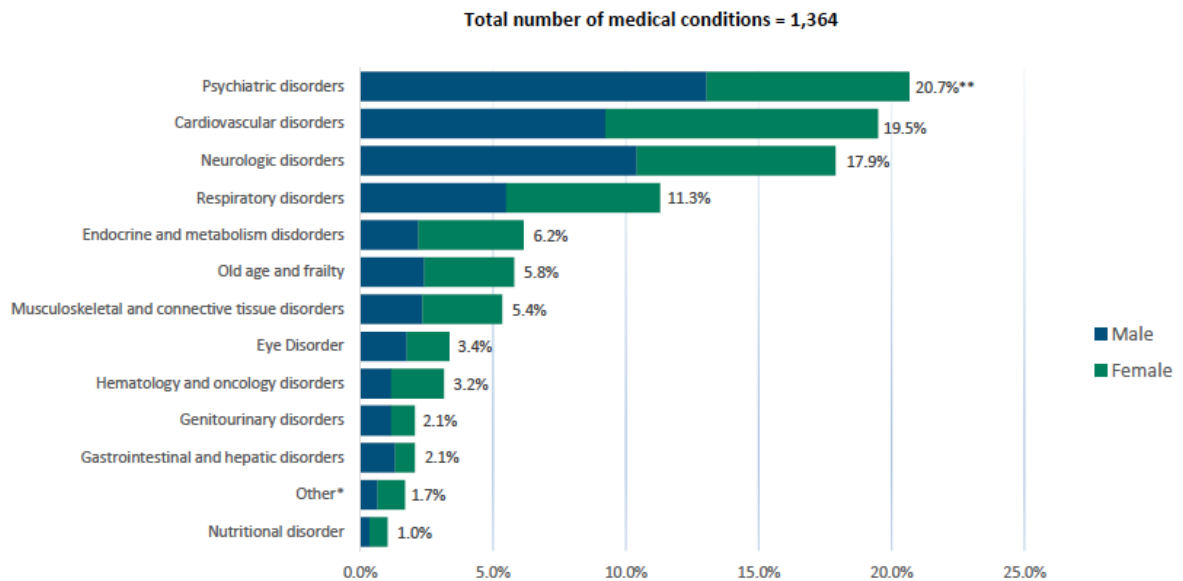
Figura 9 – Detecção de Tuberculose entre imigrantes, 2015.

A visibilidade dos dados que constituem esse tipo de análise deixa claro os locais de maior vulnerabilidade em saúde e também ajudam a marcar a precariedade dos espaços, reafirmando a lógica de regimes de verdade que Foucault (2010) aborda. Nessa perspectiva os dados levam ao planejamento de estratégias que visem ao controle da saúde das populações a partir desses lugares que ficam marcados, além disso, eles dobram os sujeitos por meio da verdade e, assim, operam na produção da migração e do migrante, e também das estratégias biopolíticas.

Isso fica visível quando os documentos apresentam como um eficiente programa de detecção de tais problemas de saúde os controles assistenciais de viagem que a IOM faz em aeroportos principalmente dos países periféricos ou

subdesenvolvidos. Após triagens e questionamentos, bem como alguns exames, a agência organiza dados a respeito de quais são os principais problemas de saúde da população migrante. Nas imagens a seguir, trago um gráfico apresentado no *‘Migração e Saúde: Revisão Anual 2015 (2016)’* e uma tabela que marca os números de avaliações de saúde feitas pela IOM em 2015.

Figure 22. Pre-travel medical conditions of all escorted migrants, IOM, 2015



*"Other" includes gynecologic disorder, injuries or poisoning, ENT disorder, and not categorized condition.

**Percentages are based on total number of medical conditions (1,364).

Figura 10 – Gráfico de condições médicas pré-viagem de migrantes.

Table 6. IOM health assessments by country of origin, country of destination and migrant category, 2015

Country of Health Assessment	Country of Destination							
	Australia		Canada		New Zealand		United Kingdom	
	Immigrant*	Refugee*	Immigrant*	Refugee*	Immigrant*	Refugee*	Immigrant*	Refugee*
Alghanistan	494	53	704	20	87	9	507	619
Bangladesh	1,779	0	675	0	101	0	5,535	0
Cambodia	1,331	0	484	5	421	0	148	0
Indonesia	0	132	0	77	0	96	0	0
Malaysia	0	1,172	0	151	0	261	0	0
Myanmar (Burma)	0	0	0	0	0	0	403	0
Nepal	343	575	88	461	0	11	4,869	0
Pakistan	8,815	1,176	12,573	763	618	373	22,365	0
Philippines	0	0	6,927	1	0	0	4,980	0
Sri Lanka	0	0	0	0	0	0	3,426	0
Thailand	43	921	216	652	71	295	6,545	0
Viet Nam	3,716	0	4,589	0	250	0	2,774	0
Asia	16,521	4,029	26,256	2,130	1,548	1,045	51,552	619
Algeria	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahrain	0	0	0	0	0	0	0	0
Egypt	0	0	0	0	0	0	2	151
Iraq	712	56	313	6	73	0	1,768	368
Israel	0	0	0	0	0	0	0	0
Jordan	231	1,983	324	7,373	78	4	112	576
Kuwait	0	0	0	0	0	0	0	0
Lebanon	0	2,104	101	9,594	0	109	1	1,157
Morocco	0	0	0	0	0	0	0	0
Oman	0	0	0	0	0	0	0	0
Qatar	0	0	0	0	0	0	0	0
Syrian Arab Republic	119	188	448	409	19	8	0	133
Turkey	0	0	0	0	0	0	0	350
United Arab Emirates	0	0	0	0	0	0	0	0
Middle East	1,062	4,331	1,186	17,382	170	121	1,883	2,735
Angola	0	0	0	0	0	0	837	0
Botswana	0	4	0	62	0	0	297	0
Burundi	4	22	132	534	1	0	0	196
Cameroon	0	0	0	182	0	0	657	0
Chad	0	2	0	234	0	0	0	0
Congo	0	1	0	14	0	0	0	0
Democratic Republic of the Congo	9	5	40	47	0	1	333	0
Côte d'Ivoire	0	0	0	106	0	0	213	0
Djibouti	3	0	0	55	0	3	0	0
Ethiopia	862	548	1,821	827	82	5	1,201	0
Gabon	0	0	0	0	0	0	0	0
Gambia	0	0	0	0	0	0	734	0
Ghana	188	33	840	130	23	0	3,730	0
Guinea	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea-Bissau	0	0	0	10	0	0	0	0
Kenya	1,759	826	1,156	933	62	0	2,098	429
Liberia	0	3	0	1	0	0	0	0
Madagascar	0	0	0	3	0	0	40	0
Malawi	0	299	0	88	0	0	235	0
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0
Mauritania	0	0	0	0	0	0	0	0
Mozambique	0	0	0	74	0	0	61	0
Namibia	0	14	0	91	0	0	117	0
Nigeria	2	48	1,748	20	0	0	13,242	0
Rwanda	0	0	0	2	0	0	162	0
Senegal	0	8	0	0	0	0	117	0
Sierra Leone	0	0	0	0	0	0	552	0
Somalia	0	0	2	57	0	0	0	0
South Africa	0	6	0	448	0	0	5,797	0
Sudan	0	0	0	35	0	0	1,894	0
United Republic of Tanzania	4	19	0	393	0	0	658	0
Togo	0	0	0	43	0	0	0	0
Uganda	431	210	692	545	4	0	1,448	0
Zambia	0	12	0	76	0	0	383	0
Zimbabwe	0	0	0	0	0	0	1,604	0
Africa	3,262	2,060	6,431	5,010	172	9	36,392	625
Armenia	0	0	0	0	0	0	0	0
Azerbaijan	0	0	0	0	0	0	0	0
Belarus	102	0	322	0	25	0	305	0
Bosnia and Herzegovina	245	0	207	0	11	0	0	0
Bulgaria	0	0	419	0	0	0	0	0
Georgia	0	0	0	0	0	0	0	0
Germany	0	0	0	0	0	0	0	0
Kazakhstan	182	0	608	10	92	0	2,135	0
Kyrgyzstan	0	0	0	0	0	0	0	0
Latvia	0	0	0	0	0	0	0	0
Malta	0	0	0	0	0	0	0	0
Republic of Moldova	56	0	1,213	0	20	0	113	0
Romania	102	0	1,339	1	25	0	0	0
Russian Federation	1,046	0	1,963	69	390	0	4,684	0
Serbia	366	0	558	0	79	0	0	0
UNSC resolution 1244-administered Kosovo	16	0	124	0	1	0	0	0
Slovakia	0	0	0	0	0	0	0	0
Tajikistan	0	0	0	0	0	0	0	0
The former Yugoslav Republic of Macedonia	420	0	187	0	36	0	0	0
Ukraine	444	0	3,260	17	129	0	2,042	0
United Kingdom	0	0	0	0	0	0	0	0
Uzbekistan	0	0	0	0	0	0	0	0
Europe	2,979	0	10,200	97	808	0	9,282	0
Worldwide	23,824	10,420	44,073	24,619	2,698	1,175	99,109	3,979
	34,244		68,692		3,873		103,088	

Country of Destination								
United States		Other ^a		Total		Grand Total		
Immigrant ^b	Refugee ^c	Immigrant ^b	Refugee ^c	Immigrant ^b	Refugee ^c	No.		%
0	0	0	0	1,792	701	2,493		1.6
3,773	0	87	0	11,950	0	11,950		7.7
2,006	0	0	0	4,390	5	4,395		2.8
0	194	0	19	0	499	499		0.3
0	12,818	0	0	0	14,421	14,421		9.3
0	0	0	4	403	0	403		0.3
7,054	5,686	1	0	12,355	6,757	19,092		12.3
0	0	1	0	44,372	2,312	46,684		30.0
0	1	0	0	11,907	2	11,909		7.7
0	0	0	0	3,426	0	3,426		2.2
0	6,116	3	64	6,878	8,048	14,926		9.6
14,065	13	1	0	25,395	13	25,408		16.3
26,898	24,828	93	87	122,868	32,738	155,606		45.0%
0	14	0	0	0	14	14		0.0
0	82	0	0	0	82	82		0.2
0	528	44	561	46	1,240	1,286		2.7
809	8,324	0	1,051	3,675	9,805	13,480		28.5
0	152	0	0	0	152	152		0.3
802	4,209	0	254	1,547	14,399	15,946		33.7
0	176	0	0	0	176	176		0.4
0	0	2	754	104	13,718	13,822		29.3
0	25	0	0	0	25	25		0.1
0	20	0	0	0	20	20		0.0
0	34	0	0	0	34	34		0.1
0	0	0	0	586	738	1,324		2.8
0	420	0	0	0	770	770		1.6
0	117	0	0	0	117	117		0.2
1,611	14,101	46	2,620	5,958	41,290	47,248		13.7%
0	4	0	0	837	4	841		0.8
0	89	0	0	279	155	434		0.4
9	1,678	0	95	146	2,525	2,671		2.7
1	237	0	0	658	419	1,077		1.1
0	937	0	0	0	1,173	1,173		1.2
0	238	0	0	0	253	253		0.3
0	36	0	0	382	89	471		0.5
0	0	0	0	213	106	319		0.3
0	374	0	0	3	432	435		0.4
2,703	6,485	0	60	6,669	7,925	14,594		14.6
0	14	0	0	0	14	14		0.0
0	0	0	0	734	0	734		0.7
22	57	165	0	4,968	220	5,188		5.2
0	9	0	0	0	9	9		0.0
0	0	0	0	0	10	10		0.0
6,499	9,079	0	18	11,574	11,285	22,859		22.9
0	27	0	0	0	31	31		0.0
0	0	0	0	40	3	43		0.0
0	543	0	0	235	930	1,165		1.2
0	1	0	0	0	1	1		0.0
0	7	0	0	0	7	7		0.0
0	174	0	0	61	262	323		0.3
0	311	0	0	117	450	567		0.6
0	31	4	0	14,996	51	15,047		15.1
0	3,625	0	0	162	3,635	3,797		3.8
0	0	0	0	117	0	117		0.1
0	2	0	0	552	2	554		0.6
0	0	0	0	2	57	59		0.1
1	1,380	0	0	5,798	1,834	7,632		7.7
0	587	0	0	1,894	622	2,516		2.5
0	4,480	0	0	662	4,892	5,554		5.6
0	97	0	0	0	140	140		0.1
424	4,004	0	1	2,999	4,759	7,758		7.8
0	757	0	0	383	845	1,228		1.2
0	459	0	0	1,604	459	2,063		2.1
9,659	35,722	169	173	56,085	43,599	99,684		28.8%
0	38	0	0	0	38	38		0.1
0	43	0	0	0	43	43		0.1
1,572	119	1	0	2,327	119	2,446		5.6
0	0	0	0	463	0	463		1.1
0	0	0	0	419	0	419		1.0
0	23	0	0	0	23	23		0.1
0	1	0	0	0	1	1		0.0
0	51	0	0	3,017	61	3,078		7.1
0	114	0	0	0	114	114		0.3
0	3	0	0	0	3	3		0.0
0	499	0	0	0	499	499		1.1
2,029	278	0	0	3,431	278	3,709		8.5
0	120	0	0	1,466	121	1,587		3.6
5,511	502	23	5	13,617	576	14,193		32.6
329	0	133	0	1,465	0	1,465		3.4
208	0	0	0	349	0	349		0.8
0	116	0	0	0	116	116		0.3
0	12	0	0	0	12	12		0.0
0	0	0	0	643	0	643		1.5
6,470	2,025	0	0	12,348	2,042	14,390		33.0
0	1	0	0	0	1	1		0.0
0	9	0	0	0	9	9		0.0
16,119	3,954	157	5	39,542	4,056	43,598		12.6%
54,287	78,605	465	2,885	224,753	121,683	346,436		100%
132,892		3,350		346,436		346,436		

Figuras 11 e 12 – Avaliações de saúde da IOM por origem, destino e categoria de migração, 2015.

Também sobre as populações em deslocamento, são comuns os problemas relacionados à saúde mental como a depressão e o stress, causados principalmente pelos inúmeros acontecimentos durante os percursos que muitas vezes são forçados, como nos casos dos refugiados. Segundo dados do mesmo boletim (op. cit.), cerca de 20% dos migrantes acompanhados pela IOM em 2014 tiveram algum tipo de acompanhamento psiquiátrico.

No que se refere à saúde reprodutiva, Dias e Gonçalves (2007), ao citar Kornosky (*et al.*, 2007), afirmam que a saúde reprodutiva dessas populações migrantes também se encontram sob constante risco, principalmente no que tange a situações de gravidez e a baixa utilização de métodos contraceptivos por ambos os sexos. Tais questões acarretam em diversos outros problemas, tais como a mortalidade infantil.

Outra dinâmica que ressalva o uso do termo vulnerável ao migrante é que em grande maioria esses indivíduos representam grupos étnicos minoritários e derivam de locais classificados como ruins, pobres ou precários e tendem a fixar-se em zonas urbanas periféricas das metrópoles dos países de acolhimento, em condições muitas vezes ruins e inferiores às dinâmicas sociais que antes se encontravam. As condições de habitação geralmente são precárias e sem infraestrutura básica, sendo que, no contexto do trabalho, as atividades laborais são pouco qualificadas e conjugam e acabam por gerar impactos negativos para a sua saúde (DIAS e GONÇALVES, 2007).

É a partir da vulnerabilidade em todos os seus âmbitos que, nos documentos, fica claro que a lógica do migrante como “grande preocupação para a humanidade” é balizada pelo seu risco de carregar doenças, sejam elas derivadas dos seus locais de origem, ou adquiridas no seu trajeto. Quando a OMS baliza as formas de fazer saúde – o que chamei de ‘forma oficial’ no início do capítulo – foi possível verificar que suas medidas são aplicadas de forma vertical, mas diferente sobre esses indivíduos, em outras palavras, as medidas são aplicadas e elaboradas de forma igual, para todos, mas são colocadas em prática de formas diferentes a partir das realidades dos escritórios regionais da OMS.

Para organizar e contemplar os mais diferentes países, de forma abrangente, e propiciar condições para a colaboração mútua, perante a lógica globalizante da saúde, a OMS é constituída por um escritório principal e por mais seis escritórios regionais, que se encontram distribuídos a partir de delimitadas regiões ao redor do globo, como forma de melhor administrar e organizar questões estratégicas nas regiões e nos outros 147 escritórios nacionais. A sede se encontra em Genebra na Suíça, e os escritórios estão subdivididos na seguinte forma ‘OMS Região da África’, com sede em Brazzaville no Congo; ‘OMS Região das Américas’⁸⁶, com sede em Washington nos Estados Unidos; ‘OMS Região do Mediterrâneo Oriental’, estabelecida em Cairo no Egito; ‘OMS Região do Sudeste da Ásia’ localizada em Nova Déli na Índia; ‘OMS Região da Europa’ com sede em Copenhague na Dinamarca e ‘OMS Região do Pacífico Ocidental’, cuja sede se localiza em Manila nas Filipinas.

Essa estrutura foi planejada e desenvolvida de modo a oportunizar a comunicação entre as lideranças mundiais, as representações regionais e as representações locais (nacionais), pois a OMS, em sua lógica de trabalho, acredita que dessa maneira existam maiores possibilidades de sucesso na busca por índices positivos relacionados à saúde. Segundo Darsie (2014) quando levada em consideração a rede formada pelos pontos de ação da Organização Mundial da Saúde, o espaço é ressignificado a partir do deslocamento dos poderes políticos, relacionados às fronteiras nacionais, tendo-se como novo foco os poderes políticos que podem ser relacionados à saúde. Dessa forma, as ações propostas pela Organização Mundial da Saúde levam em conta, em suas orientações, *a priori*, três escalas – nacional, regional e global – que se encontram fortemente articuladas umas às outras. Ainda segundo o autor

os escritórios nacionais são apoiados e supervisionados pelos escritórios regionais que se tornam responsáveis por um número determinado de escritórios localizados nos diferentes países. Esses escritórios regionais, por sua vez, prestam contas à coordenação geral da Organização. A partir disso, o esquema de ações da agência é constituído por iniciativas que consideram aspectos e necessidades nacionais, regionais e globais de modo a aproximá-las, o máximo possível, aos padrões considerados mais adequados (DARSIE, 2014).

⁸⁶ Diferentemente das outras regiões, o órgão representante da Região das Américas recebe o nome de Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), mas suas funções e sua ligação com a agência mundial é o mesmo.

É esse esquema de distribuição espacial que me permite propor a ideia de que a inserção da Organização Mundial da Saúde, por meio de suas equipes e seus escritórios, em diversas partes do mundo, estabelece uma rede global voltada à segurança da vida, qualificando um ‘discurso oficial’ de saúde global. Assim, cabe aos órgãos sanitários de cada Estado-Nação também o auxílio ou, em alguns casos, a produção de informações que possam servir como embasamento para estratégias futuras (DARSIE, 2014).

No caso dos migrantes, esses acordos, bem como, o estabelecimento dos objetivos e das preocupações que dão origem aos manuais, aos boletins informativos, aos programas de ação, entre outros, são estabelecidos, acompanhados e/ou reformulados ao longo dos anos. Além disso, eles são diferentes entre as regiões de abrangência dos escritórios gerais da OMS.

Contudo, segundo Darsie (2014), é nessa perspectiva que o espaço é posto em evidência e passa ser (re)produzido no âmbito das políticas direcionadas à segurança da vida, por meio de significados que são instituídos pelos índices de saúde de determinadas áreas. Assim, isso ocorre em função de que, para esses territórios – constituintes do espaço –, serão projetados tanto o prestígio quanto as responsabilidades dessas atribuições que impactam a rede como um todo.

Ainda apoiado em Darsie (2014), atento que não cabe se pensar que o desenvolvimento das ações propostas é conduzido e que as orientações são multiplicadas, nas diferentes realidades sociais existentes, de forma idêntica ao que se espera. No caso das migrações, no entanto, é possível observar que as diretrizes servem como referências para a definição de políticas e normas sanitárias nacionais, para a elaboração de programas de saúde, para o embasamento das campanhas de prevenção de doenças e para o direcionamento de alterações espaciais que podem ser associadas às suas materialidades, o que justifica a afirmação de que as políticas são globais, mas que são aplicadas e transformadas a partir das necessidades e realidades locais.

Ainda, retomo que por meio daquilo que é dito e divulgado acerca da saúde dos migrantes, conforme indicado por Darsie (2014), o migrante passa a ser produzido como uma partícula do território do qual se origina, carregando consigo as marcas da precariedade e/ou potencialidades espaciais de seu país de origem. Portanto, as orientações da OMS, podem ser pensadas no campo da migração a partir daquilo que Foucault (2008) denomina de Biopolítica e que a partir dos seus discursos, visam a apoiar e a educar populações, em diferentes territórios.

Na mesma direção, tendo em vista as espacialidades dos sujeitos que se encontram em trânsito – escala individual – emerge a noção de Geobiopolítica, defendida por Darsie (2014), as quais relacionam sujeitos migrantes aos países de origem e aos riscos oriundos deles. Assim, as práticas da OMS podem ser entendidas como regimes de verdade e a partir disso dão forma aos principais trabalhos e ações realizadas na área da saúde em países atendidos por ela.

Nas subseções seguintes, discuto como os documentos analisados evidenciam a aplicação dessas práticas nos escritórios regionais da OMS, tanto no que se refere à promoção, quanto à assistência de saúde para os migrantes, como o próprio *‘Migração e Saúde: Revisão Anual 2015 (2016)’* descreve

“The Health Promotion and Assistance for Migrants programme area of MHD caters its strategy and activities to the needs of migrant populations and the changing requirements of Member States to address health of migrants. IOM projects in this area provide access to high quality health services for migrants and undertake a substantial amount of operational research to promote evidence-based migration health policies. Technical support and national capacity building efforts are included in this work area to support Member States in their efforts to better manage migration health challenges. IOM missions carry out various activities to assist governments in addressing migration and mobility-related health challenges by strengthening national health systems and ensuring that migrants have equitable access health services” (p. 38)

4.4.1 OMS REGIÃO DA ÁFRICA

A região africana, que é atendida pelo escritório localizado em Brazzaville, no Congo, é o escritório mais representativo dentro dos documentos analisados – o que motivou a escolha de organização da apresentação dessas subseções. Assim, em um primeiro momento, cabe perguntar: qual o motivo de sua representatividade? Uma das respostas possíveis está na ideia de ameaça à saúde global representada pelo continente africano. A epidemia mais longa e mais grave de Ebola foi travada na África Ocidental, em dezembro de 2015.

No pico da epidemia, em agosto-setembro de 2014, foi notificada uma média de 150 a 200 casos por semana da doença. Em finais de 2015, após uma resposta intensiva e sustentada por parte dos governos, sociedade civil e parceiros do desenvolvimento, incluindo o sistema das Nações Unidas apenas poucos casos foram notificados, com esse patamar a manter-se durante 2016. Com base nas recomendações do Comité de Emergências da OMS, a Diretora-geral da OMS revogou a declaração da epidemia de Ebola como emergência de Saúde Pública de dimensão internacional em 29 de março de 2016. Até então, tinham sido notificados um total de 28.616 casos confirmados, prováveis e suspeitos na Guiné, Libéria e Serra Leoa, totalizando 11.310 mortes, segundo o relatório anual do escritório africano⁸⁸.

Logo após o término da epidemia, juntamente com o grande aumento dos fluxos migratórios, a agência africana começou a organizar estratégias que

⁸⁷ Tradução Livre: “A área de programa de Promoção e Assistência à Saúde para Migrantes da MHD atende a sua estratégia e atividades às necessidades das populações migrantes e aos requisitos em mudança dos Estados Membros para atender a saúde dos migrantes. Os projetos da OIM nesta área fornecem acesso a serviços de saúde de alta qualidade para migrantes e realizam uma quantidade substancial de pesquisas operacionais para promover políticas de saúde de migração baseadas em evidências. O apoio técnico e os esforços de capacitação nacional estão incluídos nesta área de trabalho para apoiar os Estados Membros em seus esforços para gerenciar melhor os desafios de saúde migratória. As missões da OIM realizam várias atividades para ajudar os governos a abordar os desafios de saúde relacionados à migração e à mobilidade, fortalecendo os sistemas nacionais de saúde e garantindo que os migrantes tenham serviços de saúde de acesso equitativo. Migração e Saúde: Revisão Anual 2015 (2016)

⁸⁸ Disponível em: <<http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-08/the-work-of-who-in-the-african-region---report-of-the-regional-director-2015-2016-pt.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2017.

potencializaram uma série de programas e moveram uma grande gama de esforços para conter a doença. O documento *‘Migração e Saúde: Revisão Anual 2015 (2016)’* mostra que esses programas passaram a ser aplicados principalmente sobre as populações migrantes, sob o discurso de que as mesmas são ‘muito perigosas’, pois foi através da mobilidade humana que a doença se alastrou pelo mundo em um curto período de tempo.

O Anuário (2016) cita alguns dos programas que passaram a ter seu foco sobre os migrantes, como o ‘Plano de Descentralização para HIV e TB’, que se desenvolve em grande parte do território do continente, bem como alguns outros programas de saúde e mobilidade com foco sobre a saúde da população migrante.

Em grande maioria, os problemas relacionados às doenças na região do escritório africano, segundo os documentos analisados, são um grande problema humanitário. É notável o grande número de programas relacionados à busca de controle endêmico da TB, do Ebola, do HIV/Aids, entre outras doenças. Quando relacionados aos processos migratórios, os discursos reafirmam a importância do controle das doenças, principalmente para manter a segurança e o baixo nível de risco. Na imagem abaixo (figura 13)



Figura 13 – Triagem de migrantes em Serra Leoa

Fica ainda evidente que a marcação dos migrantes como uma problemática se dá a partir do local nos quais eles se inserem e derivam. Nos diversos programas de promoção da saúde, a população migrante é descrita como derivada de ‘espaços de vulnerabilidade’, o que marca e delimita uma valoração espacial aos territórios e implica na tomada de lugares ditos como ‘mais seguros’ ou ‘mais adequados’ às dinâmicas de vida e bem-estar.

Nessa linha, o discurso da saúde acaba por desqualificar a região africana, porque mesmo ela sendo subdivida em diversas áreas, regiões, tendo inúmeras características específicas e diversas matrizes culturais, a abordagem feita na ordem do discurso oficial, marca o território como uma unidade, e transforma seus problemas dos mais diversos cunhos em uma generalização, fazendo assim, que sua população, e em especial a população migrante, possam ser vistos como sujeitos perigosos.

4.4.2 OMS REGIÃO DO MEDITERRÂNEO ORIENTAL

A região da OMS que atende os países do Mediterrâneo Oriental – região do norte e nordeste africano e oriente médio – também enfrenta grandes problemáticas relacionadas à saúde, causadas principalmente pelos diversos conflitos civis/políticos armados. Grande parte dos migrantes nessas regiões derivam de países como a Síria, Líbano, Iêmen, Irã, Turquia, Iraque, Líbia, Sudão, Etiópia, Somália, Quênia, Djibuti, Tunísia entre outros, que enfrentam inúmeros problemas estruturais e políticos.

Segundo os documentos, a partir do pressuposto de um grande contingente de violação dos direitos humanos e sociais, bem como a falta de estruturação básica para as populações, a IOM e a OMS juntamente com a ONU, ACNUR, UNICEF e outros organismos não governamentais internacionais, tem juntado esforços para a implantação regional de projetos que visam dar suporte aos governos e manter um maior bem-estar entre a população migrante.

Em termos de ações, os documentos apresentam diversos dados referentes às atuações dos organismos nos países, assim como entrevistas com migrantes que passaram pelos programas de saúde como nas figuras 14 e 15 abaixo.

Lebanon

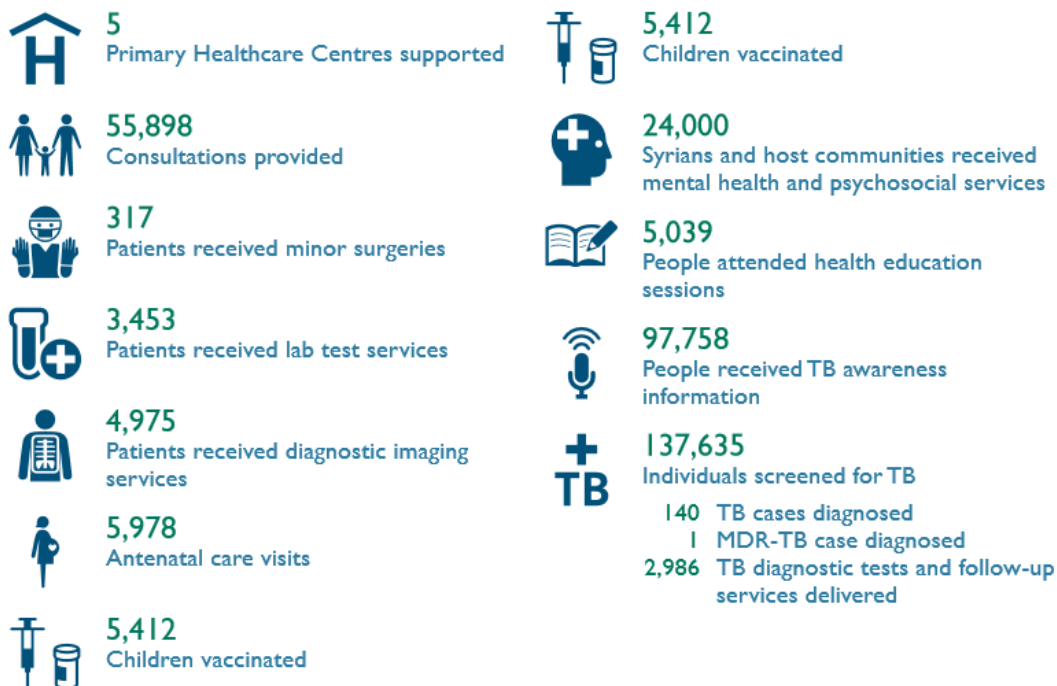


Figura 14 – Dados referentes à ações da IOM e outras no Líbano

Ibrahim is a 30-year-old Syrian refugee residing in Debeyeh, Mount Lebanon. He left his home country in 2012 with his parents and wife after a year of struggling to survive inside the Syrian Arab Republic.

Ibrahim was a university student, but he found himself responsible for his family and wife after the Syrian crisis started. He quit his education and tried different kinds of basic jobs to cover the necessities of life. He lived with his family in a small house for which he could barely afford the rent.

In 2015, Ibrahim started losing weight dramatically and had episodes of severe coughing, but did not have enough money to seek medical care. Ibrahim slowly became alienated from his neighbours, due to his illness. After continuous failed attempts to diagnose his case, he became pessimistic and started to face problems at his workplace. He finally visited a physician who referred him to the NTP centre, based on his symptoms. Once he approached the centre, he was examined by the NTP physician and finally received the necessary diagnostic tests for both himself and for his close contacts, through IOM coverage with support from the Global Fund. His TB diagnosis was confirmed and Ibrahim started

his TB treatment regimen directly. By the time he completed the six-month treatment, his health status had improved significantly. After being cured, Ibrahim was able to find a new job and live safely with his family.

Ibrahim said: “I returned back to life after a bitter journey with the disease. I feel safe in my current country of residence – Lebanon.”



Figura 15 – Entrevista com refugiado sírio

Além disso, os documentos apresentam a ‘crise migratória’ como um problema generalizado na região, afirmando, quando trata das crises da Síria, do Iraque, da Líbia e do Sudão, entre outros exemplos, que os esforços presentes não são o suficiente para manter a lógica de segurança global. O que fica visível através dos dados disponibilizados é que o que se concebe como saúde para essa parte da população, é exclusivamente voltada a cuidados de atenção primária.

Outra questão importante visibilizada nos documentos analisados são os esforços para manter os números de saúde dos campos de refugiados em níveis de suficiência – no qual os próprios documentos não explicam qual seriam os níveis adequados. Tal questão pode ser pensada por aquilo que Foucault (2004) chama de mecanismos de segurança, esses que representam as técnicas políticas que se dirigem aos meios, e que no seu pesar não delimitam um fim aos problemas, mas os mantêm em níveis aceitáveis.

Entretanto, é compreensível que as próprias agências e órgãos não entendam que os campos de refugiados sejam uma solução para o problema migratório, visto que estes se encontram em estado de lotação e não possuem estruturas básicas para atender boa parte dos direitos humanos necessários à vida dos sujeitos.

4.4.3 OMS REGIÃO DAS AMÉRICAS

As Américas são uma das regiões que recebem menos atenção nos documentos, primeiramente pelo fato de que boa parte dos países nos continentes são democracias modernas, que não enfrentam ou passam por guerras e conflitos civis e políticos, como a região africana e a região do Oriente Médio. Em segundo lugar, porque grande parte dos problemas de saúde dessas regiões estão relacionados a processos estruturais e não ligados primordialmente ao processo migratório.

Desse modo, o foco que os documentos dão à região estão principalmente voltados a questões como o trabalho dos migrantes e a doenças como o HIV, Malária e Tuberculose, juntamente com algumas outras doenças tropicais. A região da América Central é um dos principais corredores de migração mais importante do planeta, além de serem países de trânsito e destino. El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua vivem sob as dinâmicas migratórias, cabendo às agências buscarem desenvolver um perfil epidemiológico como forma de assegurar uma maior equidade entre os determinantes de saúde.

Nos documentos são apresentados diversos projetos realizados de forma intergovernamental, em parceria com organismos e agências de cunho político, que ajudam a mapear e organizar demandas relacionadas aos temas da saúde e da migração. Como exemplo, cito o *‘Capacitando governos para abordar a saúde dos migrantes’*⁸⁹ que, desenvolvido pela OMS e pela IOM, em alinhamento com diversos governos, realizaram investigações capazes de fornecer dados a

⁸⁹ Tradução livre.

respeito da subnutrição e morbidez da população migrante, além de dados a respeito da saúde e do autocuidado, adequação das ofertas de serviços de saúde, percepções de risco a respeito do HIV/Aids, entre outros.

Outro ponto importante é que, quando o documento se dirige a falar da América Latina⁹⁰, o foco dos discursos está sobre o controle, o risco e as demandas das populações em migração. Diferentemente, quando o documento se refere aos países da América Anglo-saxônica⁹¹, o foco geral se pauta sobre qualidade de vida e segurança da população autóctone.

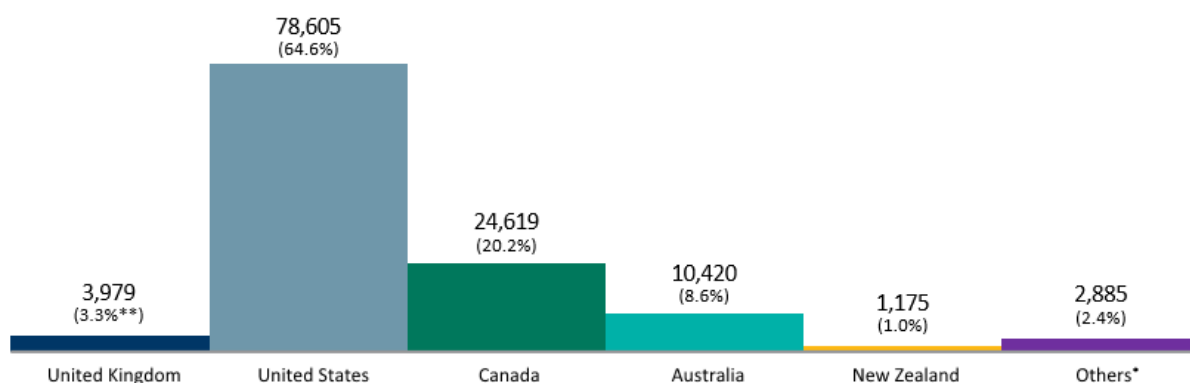
Historicamente, os Estados Unidos adquiriram o título de hiperpotência mundial, seja pelo seu alto desenvolvimento econômico, tecnológico e militar, como pela almejada perspectiva de vida deixada pelo '*American Way Of Life*⁹²'. A consolidação do mercado e as grandes 'imagens' de prosperidade do povo americano, transformaram o país uma das principais rotas de chegada de migrantes e refugiados. Segundo dados da IOM (2016) cerca de 15% da população dos Estados Unidos é formada por migrantes, sendo que no ano de 2015 o país foi um dos principais receptores desses indivíduos. Nos gráficos abaixo (figuras 16 e 17), presente no '*Migração e Saúde: Revisão Anual 2015 (2016)*', é possível observar tais números.

⁹⁰ Subdivisão das Américas que caracteriza toda a região dos países que falam Espanhol e Português nas américas, com exceção da região do Caribe.

⁹¹ Subdivisão das Américas que caracteriza a região de países que falam Inglês e Frances, com exceção da região do Caribe.

⁹² Expressão aplicada a um estilo de vida que funcionaria como referência de auto-imagem para a maioria dos habitantes dos Estados Unidos da América. Seria uma modalidade comportamento dominante e expressão do ethos nacionalista desenvolvido a partir do século XVIII, cuja base é a crença nos direitos à vida, à liberdade e à busca da felicidade, como direitos inalienáveis de todos americanos, nos termos da Declaração de Independência.

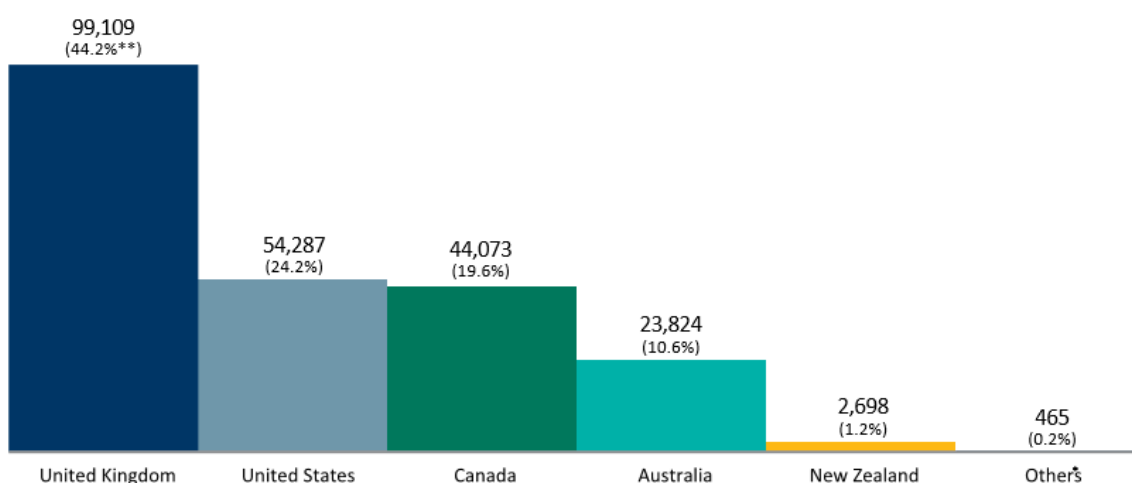
Distribution of refugees by country of destination, IOM, 2015



* Top other destination countries (top 5) for refugees are Germany, Austria, Ireland, Denmark and Italy.
 ** Percentages are based on total number of refugees examined.

Figura 16 – Distribuição de refugiados por país de destino, IOM, 2015.

Distribution of immigrants by country of destination, IOM, 2015



* Top other destination countries (top 3) for immigrants are Belgium, Malaysia and Germany.
 ** Percentages are based on total number of immigrants examined.

Figura 17 – Distribuição de imigrantes por país de destino, IOM, 2015.

4.4.4 OMS REGIÃO DO SUDESTE DA ÁSIA

O sudeste asiático é uma das regiões mais populosas do planeta, sendo que, desde que os fluxos migratórios começaram a crescer, os países começaram a adotar políticas de controle e gestão migratória. Entretanto, os

diversos problemas estruturais e políticos dos estados-nação, fizeram que boa parte dessas políticas fossem violadas. Dessa forma, o documento *‘Migração Internacional, Saúde e Direitos Humanos, 2013’* mostra que a constante desvalorização do trabalho e decréscimo dos níveis de vida, principalmente em países como Bangladesh, Myanmar, Vietnã, Nepal e Índia, alimentaram os fluxos migratórios nos últimos anos.

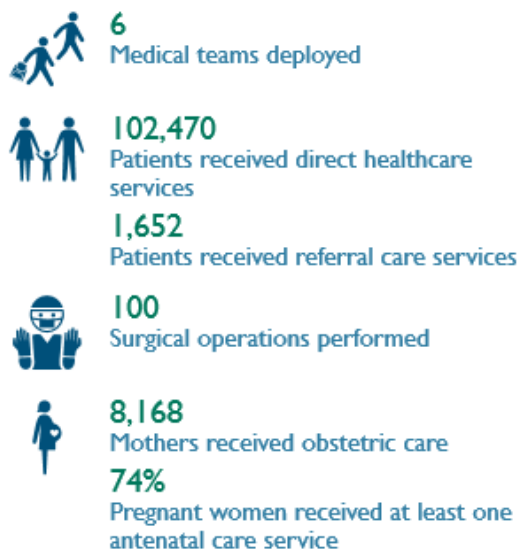
Esses fluxos ocorreram principalmente pela grande demanda de mão de obra em países tidos como ‘mais desenvolvidos’ e acabaram por abrir brechas nas fronteiras internacionais. Além disso, outro grande fator determinante das migrações nessa região são os problemas políticos e civis que colocam a população sobre risco, estando principalmente relacionados aos direitos da população.

Além disso, em 2015, o Nepal sofreu um forte terremoto. Segundo o próprio governo, estima-se que 4,6 milhões de pessoas foram afetadas, o que gerou um grande problema de escala humanitária. Boa parte da população do país e de localidades vizinhas acabaram por abandonar suas cidades que, após os terremotos, ficaram em ruínas.

Como forma de suprir tais questões, os documentos apresentam que a partir de reuniões estratégicas entre os países, diversos programas no âmbito da saúde foram elaborados, especialmente os que visam ao controle sanitário internacional a partir das migrações. Em comum acordo, os países montaram uma rede cooperação que buscava atendimentos mais específicos e eficientes aos migrantes.

Foram disponibilizadas diversas equipes de saúde que buscaram imunizar e tratar migrantes que aparentemente apresentavam riscos de saúde. Os programas tiveram um grande sucesso segundo os relatos da própria IOM nos documentos, e que só em Bangladesh mais de 120 mil pessoas tiveram algum cuidado de saúde relacionado as estratégias da agência. Nos infográficos abaixo (figura 18) alguns dados são apresentados e que reafirmam as propostas e trabalhos das agências.

Bangladesh



Myanmar



Figura 18 – Infográficos de saúde do Bangladesh e Myanmar

Outras das principais questões apontadas nos documentos foram os programas de prevenção à Tuberculose, Malária e HIV, juntamente com os grandes esforços relacionados à educação e ensino do cuidado básico de saúde. Além disso, um grande contingente de população recebeu medicamentos e vacinas.

Entretanto, o que é afirmado pelo discurso relacionado aos migrantes dessa região é que estes não possuem os cuidados básicos de saúde. Em diferentes trechos dos documentos, as afirmações mostram que foi preciso ensinar a cuidar da sua saúde, ou que a situação de vida dessas pessoas inviabiliza a segurança dos demais. Através dessas afirmações, coloca-se em suspensão diversas questões culturais específicas desses grupos e, principalmente, abrem-se caminhos para que ‘práticas oficiais’ sejam sobrepostas ao direito de livre cuidado com a saúde que cada indivíduo possui.

4.4.5 OMS REGIÃO DO PACÍFICO OCIDENTAL

A região da Ásia e do Pacífico Ocidental que o escritório regional de Manila nas Filipinas atende um grande número de indivíduos em estado de deslocamento, migração, entre outros. A grande questão na região é evitar as grandes epidemias e evitar ao máximo a disseminação de doenças entre as diversas ilhas do Pacífico.

Segundo os documentos, os governos e as agências juntaram-se de modo a buscar um controle mais efetivo nas fronteiras terrestres, marítimas e aéreas, e passaram a desenvolver programas que fossem eficazes e rápidos caso surtos de doenças acontecessem. Como a população derivada dessa região trafega ao redor de todo o planeta, os principais esforços ficaram sobre a ótica de imunização das populações autóctones e migrantes.

4.4.6 OMS REGIÃO DA EUROPA

A Europa é hoje o principal local de destino dos migrantes. A consolidada força econômica, juntamente com a força política da União Europeia, associadas ainda ao grande grau de qualidade de vida desses países, proporcionaram à região uma grande oportunidade para os fluxos migratórios atuais. Como a região de abrangência do escritório da OMS na Europa se vincula exclusivamente aos limites fronteiriços dos países do continente, suas atividades são desenvolvidas com base em uma interação entre 3 polos: a agência, os governos nacionais e a União Europeia.

Como nos últimos anos os fluxos aumentaram significativamente no continente, boa parte das ações e programas foram desenvolvidos há pouco tempo. Entretanto, os programas de saúde relacionados aos migrantes que já existiam, sofreram alterações no sentido de possuírem maior desempenho positivo aos olhos do bloco europeu. Um desses programas é o *EQUI-HEALTH*, cujo principal objetivo é melhorar o acesso e a adequação dos serviços de saúde,

promoção e prevenção da saúde para atender às necessidades dos migrantes, assim como de outros grupos minoritários étnicos vulneráveis, incluindo imigrantes irregulares residentes na UE.

O programa foi lançado em fevereiro de 2013 pela Divisão de Saúde Migratória do Escritório Regional para a Europa da Organização Internacional para as Migrações (IOM). O projeto é cofinanciado no âmbito o plano de trabalho de 2012, no segundo programa de ação comunitária no domínio da saúde (2008-2013), mediante subvenção direta concedida à IOM pela Direção-Geral da Saúde e Segurança Alimentar da Comissão Europeia, através da Agência de Execução de Consumidores, Saúde, Agricultura e Alimentação.

A ação *EQUI-HEALTH* é dividida em 3 subações:

1) *SAÚDE DOS MIGRANTE NAS FRONTEIRAS DO SUL DA EU* . O objetivo da subação é construir uma abordagem multissetorial abrangente para a manutenção da saúde pública e migrante: avaliações situacionais, discussões sobre mecanismos de coleta de dados e sistemas de referência, bem como treinamento para atender às necessidades de capacitação, para aumentar a compreensão dos migrantes, saúde pública e ocupacional, inclusive em centros abertos e instalações de fronteira, e aumentar a capacidade das autoridades de saúde pública, serviços de aplicação da lei e prestadores de cuidados de saúde. Os países alvo são os Estados-Membros da UE da região Sul entre eles: Bulgária, Croácia, Grécia, Itália, Malta, Espanha e Portugal (em certas atividades).

2) *SAÚDE DOS CIGANOS NA EU*. Centra-se na promoção do diálogo entre os principais interessados (grupos governamentais e não governamentais) sobre questões de saúde dos ciganos. A partir de relatórios de progresso sobre as estratégias nacionais (com foco na saúde), Estados-Membros da UE monitoram, compartilham suas abordagens nacionais como forma de fortalecer tais questões de saúde. Os países alvos são as nações da UE com alto número de cidadãos ciganos e Estados-Membros com alta porcentagem de migrantes, tais como: Bélgica, Bulgária, Croácia, República Tcheca, Itália, Romênia, Eslováquia e Espanha.

3) *SAÚDE DOS MIGRANTES*. Formação de políticas ligadas ao *MIPEX* (Políticas de Integração de Migrantes) a partir de informações disponíveis sobre os quadros jurídicos e políticos nacionais que se ligam ao desenvolvimento de uma estratégia de saúde que busque abranger os cuidados de saúde aos migrantes e às minorias étnicas, bem como, buscar o acesso aos serviços de saúde para pessoas em situação indocumentada. O alvo do trabalho se pauta sobre todos os países da UE.

Os documentos abordam o programa como um eficiente modo de tratar e manter a equidade entre a saúde dos migrantes e das populações autóctones. Entretanto, pegando como base o objetivo principal do programa e suas subações, é entendível que tais medidas visam muito mais a segurança sanitária dos países do bloco econômico, do que a própria qualidade de saúde dos migrantes.

Além disso, os demais programas abordados nos documentos esclarecem que, sobre a região europeia, os esforços estão mais focados no que se entende por proteção e segurança da vida do que a resolução de problemas de saúde como as doenças – no qual se focam os trabalhos nos locais entendidos como menos qualificados. O grau de desenvolvimento dos países também qualifica a Europa como um local menos precário, fazendo que os investimentos marquem muito mais uma lógica política de controle de entrada de pessoas, do que uma região que necessita de investimentos em promoção de saúde.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como a rota dos migrantes chega ao fim, em um determinado momento, também preciso encontrar meu local de parada, mesmo que temporariamente. Ainda que o parar em um momento seja necessário, o que constituiu o caminho até o ponto de chegada marca profundamente o nosso “fim”. Esse fim, se constrói em uma grande gama de possibilidades, que ao invés de ordenar a parada, inversamente, nos proporciona questionamentos que nos fazem seguir em frente.

No período desses últimos dois anos, o movimento que me trouxe até essa última seção e essas linhas finais me apresentou diversos novos mundos, caminhos e realidades. Como migrante/pesquisador que sou – e todos somos –, fico pensando em como os inúmeros e pequenos detalhes montaram o objetivo dessa dissertação, como cada palavra se amarrou a esse texto, e como cada imagem foi articulada ao trabalho.

Buscar discutir com o sujeito migrante é produzido, visto, marcado, falado, interpretado, através de um conjunto de práticas e escritos que entendo como discurso, proporcionado principalmente por organismos de cunho político internacional que no âmbito da saúde se propõem a fazer uma saúde ‘global’, para todos em um período temporal em que o espaço contínuo e interligado, por meio das relações indissociáveis do tempo, do social, do cultural, do tecnológico, é um tanto quanto desafiador.

Nesse contexto retomo que penso no espaço como algo produzido pelas interrelações sociais e materiais, que se constituem desde o imenso do global até as mínimas singularidades das dinâmicas locais, de maneiras diversas em inúmeros contextos, remarcando e dando novas significações à vida, sendo que a ação humana é a força que move essas relações. Além disso a partir do preceito que espaço produz os próprios sujeitos que nele estão inseridos – ao mesmo tempo que ele é produzido pelos mesmos indivíduos a continuidade que

se materializa a partir da interação do social com a dimensão espacial da origem as espacialidades.

As migrações são uma das formas, entre as diversas dinâmicas sociais, que se desenvolvem no espaço. Os deslocamentos operam no sentido de ressignificar os espaços através das interações de seus praticantes juntamente com as espacialidades que os mesmos carregam. Nas últimas décadas, os processos migratórios começaram a apresentar múltiplos trajetos e novas configurações, principalmente após o advento da lógica de globalização dos meios sociais, econômicos e políticos. São diversos os motivos por quais as populações migram atualmente, sendo que a principal questão motivadora dos processos é a busca por uma melhor condição de vida, seja por questões de escolha ou mesmo por obrigação – quando o processo acaba por ser forçado.

Em grande parte, os migrantes derivam principalmente dos países subdesenvolvidos, visto que esses também podem ser entendidos como espaços precários, que viabilizam a migração frente aos seus grandes problemas sociais, políticos, entre outros. Nesse sentido, o sujeito migrante que carrega consigo suas características espaciais, torna-se uma ‘preocupação’ para os estados-nações, pois são capazes desencadear desequilíbrios frente às espacialidades já existentes. Esses desequilíbrios podem ser percebidos em questões culturais, econômicas, sociais e até mesmo no modo em que o migrante gesta a sua saúde.

As preocupações tomadas sobre a saúde, pautam-se principalmente sobre a disseminação de doenças nos espaços pelo qual o migrante percorre. A partir disso surgiram diversos elementos que, quando articulados ao espaço, constituem novos entendimentos sobre espaço visando à segurança da vida. Com a delimitação de um espaço precário abre-se caminho para que questões relacionadas à segurança espacial sejam tomadas pelos governos e agências atuantes na política global.

Principalmente com o surgimento da Organização Mundial da Saúde no âmbito das relações sociais e políticas e como efeito desse processo, a lógica da saúde passou a ser abordada no cenário mundial, com o intuito de

universalizar tal direito, garantindo seu acesso, promoção e proteção. Entretanto, seus esforços internacionais precisaram ser organizados para uma nova lógica, quando as barreiras políticas e as fronteiras terrestres não mais garantiram a separação do espaço em uma lógica territorial.

Quando a globalização tirou a baliza das relações entre as nações, o foco da OMS e de outras agências relacionadas aos Organismos Governamentais Internacionais tais como os Órgãos Não-Governamentais, voltou-se ao mundial, ao global, indiferentemente dos interesses políticos internos das nações. É a partir daí que surge o entendimento de que é necessário ultrapassar os limites das agências internas de saúde e, de forma mais abrangente, proporcionar uma saúde mais 'igualitária', diferindo-se do modelo político existente.

Essa lógica deu origem a uma derivação até então do que se entendia por Saúde Internacional. A chamada Saúde Global surge de novas ressignificações, e que no contexto da globalização, marcou/marca uma busca por novas estratégias e abordagens que dessem conta da interdependência da saúde para além dos estados nações, das relações políticas e dos regimes fronteiriços.

Sobre tal preceito a Saúde Global precisou/precisa ser mais abrangente, uma vez que suas implicações, ações, propostas, pautas, discursos, necessariamente foram/são adotados por todos, indiferente de questões culturais, políticas e sociais, mas que pela lógica de universalização, mantiveram/mantem a segurança sanitária e o bem-estar social das populações, mediante o reconhecimento de contextos regionais, locais e as consequências diferenciadas nos eventos globais.

A saúde é um direito humano fundamental a qualquer indivíduo, em qualquer tipo de situação, e que é de dever dos estados promovê-la. Entretanto, quando a lógica desse direito perpassa para as fronteiras internacionais e necessita ser aplicada sobre os sujeitos que se deslocam entre os diversos lugares, uma série de questões relacionadas a saúde acabam por ser fragilizadas. Tais questões colocam em alerta as agências e órgãos internacionais das mais variadas esferas do meio político e social, para o surgimento de possíveis 'problemas' relacionados à saúde e à segurança global.

É sob a tutela desses problemas que as agências e órgãos atuantes na saúde global acabam por buscar medidas que visam controlar e, na medida do possível, solucionar tais problemas. Em grande maioria, as medidas estão relacionadas às questões políticas como resoluções, leis, normas, documentos, entre outros. A lógica de atuação da OMS frente a sua importância no contexto geopolítico, qualificam suas práticas e discursos como um modo 'oficial' de se fazer saúde. Esse modo oficial se qualifica em uma lógica discursiva que se refere sempre a um padrão mais adequado as possíveis diretrizes a serem seguidas.

No caso dessa dissertação, relembro que tomei alguns desses documentos, nos quais seu foco está sobre o evento da migração e sua relação com a saúde. Foi a partir deles que encontrei o caminho para responder o problema dessa pesquisa.

Sob a ótica dos estudos foucaultianos, entendo tais documentos como materialidades discursivas, e que sob essa lógica os discursos se (re)produzem tanto por meio de alterações relacionadas às suas materialidades, quanto pelos significados que são a eles atribuídos. No caso, quando à saúde e da migração, entram na lógica do discurso os eventos e as práticas relacionados a eles, as formas, os processos entre outros, acabam por tornar-se materialidades discursivas.

Segundo Foucault (1996) os discursos são práticas que agem articuladas a outras diversas práticas. Ou seja, não se baseiam em apenas signos mas sim, em um conjunto de relações e forças que relacionam-se as lógicas de saber e poder. Ainda para o autor (2005), o discurso é constituído pelos diversos controles que nas palavras se exercem e que muitas vezes, não precisam estar escritos ou ditos.

Os documentos, ao apresentarem diversas questões a respeito dos processos migratórios, de certo modo produzem quem são esses sujeitos: vulneráveis, perigosos, problemáticos, estranho, diferentes e etc... Além disso, ao produzir quem são esses sujeitos, os documentos também produzem

determinadas formas de agir e intervir sobre esses indivíduos e grupos, tendo em vista a Saúde Global.

Em grande parte, os discursos presentes nos documentos são constituídos por meio de dados estatísticos elaborados pelas diversas nações desde as escalas locais até o global. Esses dados mapeiam e alertam sobre as possíveis consequências e perigos por quais as populações em migração podem passar e causar, como também para as populações autóctones, no intuito de controlar ou educar os indivíduos frente a sua saúde. Esses discursos por sua vez, passam a ser tomados pela população como regimes de verdade (FOUCAULT, 2010), uma vez que se qualificam pelo grau de ‘oficialidade’ que são produzidos em sua ordem.

Em suma, os discursos elaborados pelas agências e organizações são concebidos primordialmente no contexto da saúde, entretanto as migrações são um processo multidimensional e que perpassa por diversos outros elementos como as questões culturais, políticas, sociais, econômicas e abrangem uma gama de disciplinas e campos diferentes. Com isso, os preceitos desses discursos não produzem apenas o modo em que o migrante cuida e gesta a sua própria saúde, mas sim o constitui em uma relação indissociável entre as diferentes escalas da sua vida, o caracterizando a partir dos levantamentos que se apresentam nas publicações.

Quando os documentos marcam os sujeitos migrantes como ‘vulneráveis’ frente a uma lógica de violação de seus direitos básicos, ou quando afirmam os mesmos como uma problemática relacionada à segurança e a saúde, eles marcam um determinado modo de ser migrante a partir de um índice ou dados relacionados a esses sujeitos.

Os documentos marcam esse modo de ser migrante a uma grande aproximação com diversas doenças e problemas de saúde, apontando-os como sujeitos que, em muitos casos, pelas grandes dificuldades passadas ao longo do seu deslocamento, assim como as condições precárias que muitos enfrentavam antes de migrar de seus países, estão mais propícios a terem doenças infecciosas, desenvolver problemas relacionados a saúde mental, e colocar sua

vida em risco. Além disso, a lógica dos documentos salienta que os sujeitos muitas vezes não tomam os cuidados necessários com a sua saúde.

Essa lógica discursiva marca também a relação entre o migrante e seu local de origem, principalmente por qualificar determinados locais e desqualificar outros. Quando os documentos apresentam os programas e ações desenvolvidos dentro dos escritórios regionais da OMS, é perceptível a diferença entre a abordagem e as práticas dispostas pelas agências e governos.

Quando se relacionam aos escritórios de locais mais pobres como a África e o Oriente Médio, a principal preocupação dos organismos é manter a saúde sob controle, evitar que grandes doenças virem um problema de escala global. Além disso os principais esforços estão sob a lógica de imunização dos corpos desses sujeitos, assim para além dos deslocamentos é proporcionado maior segurança não só ao migrante, mas também para a sociedade na qual ele irá se inserir.

Quando apresentam os programas e estratégias nos escritórios dos locais mais desenvolvidos como a Europa e a América, a preocupação principal é manter a equidade de saúde já existente, tentando fazer que a migração não seja um problema para a população. Além disso o alerta está sob o risco que o outro pode proporcionar a sociedade local, e não sobre o 'eu' que pode proporcionar risco ao outro.

Juntando essa lógica de desqualificação e qualificação dos migrantes as ligações estabelecidas entre ele e os elementos do espaço – sejam eles naturais, sociais ou culturais –, interferem no seu próprio desenvolvimento. Frente a essa lógica, o corpo humano, ligado às espacialidades, pode ser pensado como um pequeno fragmento do espaço – como abordado no capítulo 3 – que se movimenta pela dimensão contínua do mesmo e que proporciona uma conexão entre diversos elementos que a ele se vinculam. Essas ligações espaciais qualificam a ideia de um espaço interligado e contínuo.

Assim é a partir dessa lógica de discurso, movida pelas agências e órgãos atuantes na saúde global que o migrante passa a ser visto como um sujeito que

sua saúde é qualificada ou desqualificada a partir de seu local de origem. Entretanto tal valoração ao sujeito não apaga a reafirmação de que na lógica globalizante, o mesmo proporciona uma relação indissociável entre os distintos espaços, reafirmando e dando novas características aos processos sociais.

Nessa perspectiva a longo prazo, arrisco-me a dizer que o próprio discurso da saúde pode tornar-se um discurso desfavorável para o migrante, pois como ele aponta principalmente os diversos problemas das migrações através de dados estatísticos, e por diferenças socioeconômicas e políticas, também pode ser usado como um elemento que fomenta as políticas antimigração, o que desenvolve uma lógica do processo, e que tem ganhado força principalmente nos últimos anos: a desglobalização.

Segundo Schillinger (2016) desde a crise financeira de 2008, o Mundo Ocidental vem vivenciando uma enorme reação negativa contra a globalização. Para além da crise, tais reações também estão relacionadas a forte mobilização de pessoas, movidas pelos diversos problemas de cunho social, político e econômico – principalmente na Europa –, os novos acordos comerciais e a corrida presidencial nos Estados Unidos da América (EUA) juntamente com um novo sentimento de ‘nacionalismo’ que emerge em vários locais do planeta. Também marcam tais negativas à globalização as grandes dificuldades de estabelecimento de relações econômicas entre próprios blocos econômicos, os diversos movimentos separatistas surgidos na última década e o crescimento de um sentimento mundial (principalmente em países que valorizam as tradições culturais) de que a globalização prejudica a manutenção da identidade cultural de cada país.

Tais questões são fortemente relacionadas a ideia de Desglobalização, sendo que esta é um termo usado por alguns economistas e cientistas sociais, principalmente, para fazer referência a um suposto processo atual de esfacelamento dos ideais da globalização econômica, social e cultural que ganhou força nas últimas décadas. Tal termo ganhou força e passou a ser mais

utilizado a partir de junho de 2016, com a vitória do Brexit⁹³ no referendo popular ocorrido no Reino Unido. Entretanto, talvez essa nova discussão possa ser pensada em um outro momento.

Como marcado no início desse capítulo, as incertezas não nos colocam pontos finais, mas possibilitam que seguimos em frente, podendo cada vez mais questionar o que está teoricamente finalizado. Foi na certeza – ou na incerteza –, e na adrenalina desse desafio que aqui encerro minhas considerações sobre esse tema tão frágil e que necessita de mais discussões. E são essas incertezas que aqui ficam, sobre um processo marcado ao longo de todo o período histórico, sobre uma característica comum a todos os habitantes desse planeta: a vida.

⁹³ Na ocasião, a maioria dos britânicos votou pela saída do Reino Unido da União Europeia. Este fato foi um duro golpe no principal bloco econômico mundial e também no ideal de construção de uma Europa integrada e sem barreiras sociais, econômicas e culturais



6. REFERÊNCIAS

AGAMBEM, Giorgio. **Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua I**. Henrique Burigo (trad.). Belo Horizonte: Editora UFMG, 2014.

BAUMAN, Zygmunt. **Danos colaterais: desigualdades sociais numa era global**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

BRAUN, Bruce. **Biopolitics and the molecularization of life**. *Cultural Geographies*. 14, pp. 6-28, 2007.

_____. **Environmental issues: inventive live. Progress in Human Geography**. 32(5), pp. 667-679, 2008.

BROWN, Theodore; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. **The World Health Organization and the Transition from International to Global Public Health**. *American Journal of Public Health*. 96(1), p. 62-72, 2006.

BUTLER, Judith. **The Psychic Life of Power. Theories of subjection**. California: Stanford University Press, 1997.

CASTLES, S; MILLER, M. J. **The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World**. 4 Edit. London: Macmillan, 2009.

COLUCCI, Danielle Gregole; SOUTO, Marcus Magno Meira. **Espacialidades e territorialidades: conceituação e exemplificações**. *Revista Geografias*, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 114-127, jan./jun. 2011.

CRUZ, Lilian Rodrigues da; HILLESHEIM, Betina. **Vulnerabilidade Social**. In: FERNANDES, Rosa; HELLMANN, Aline (org). *Dicionário crítico: política de assistência social no Brasil* Porto Alegre: Editora UFRGS, 2016.

CUETO, Marcos. **Saúde Global: uma breve história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DARSIE, Camilo. **Educação, Geografia e Saúde: Geobiopolíticas nos discursos da Organização Mundial da Saúde e a produção da mundialidade pelo controle e prevenção de doenças**. 2014. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

DIAS, Sónia e GONÇALVES, Aldina. **Migração e Saúde**. In: DIAS, Sónia. (org.). Lisboa: ACIDI. *Revista Migrações*, n. 1, p. 15-26, 2007.

DILLON, Michael G; Reid, Julian. **Governança liberal global: biopolítica, segurança e guerra**. *Estudos de Sociologia*, v. 8, n. 1 e 2, p. 69-99, 2002.
ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?**. Rio de Janeiro, 2011.

DOBERSTEIN, Arnaldo Walter. **O Egito Antigo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FISCHER, R.M.B. **Foucault e a análise do discurso em educação**. Cadernos de Pesquisa. n. 114, nov. 2001.

FRENK, Julio; GÓMES-DANTÉS, Octavio. **La globalización y la nueva salud pública**. Salud Pública Méx. 49(2), p. 156-164, 2007.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; PEDALINI, Livia Maria. **Instituições internacionais que atuam em saúde global**. In: FORTES, Paulo; RIBEIRO, Helena. (org). Saúde Global. Barueri: Manole, 2014.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. Laura Fraga de Almeida Sampaio (Trad.). São Paulo: Loyola: 1996

_____. **Em defesa da sociedade – curso no College de France (1975-1976)**. Maria Ermantina Galvão (trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **Segurança, território e população – curso no College de France (1977-1978)**. Eduardo Brandão (trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. **Vigiar e punir – Nascimento da prisão**. Trad. Raquel Ramallete Petrópolis: Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2005.

_____. **O Nascimento da Biopolítica – curso no College de France (1978-1979)**. Eduardo Brandão (trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2008

_____. **A história da sexualidade 1 – a vontade de saber**. Maria Teresa da Costa Albuquerque e Guilhon Albuquerque. (trad.) Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

HARDT, Michel; NEGRI, Antonio. **Império**. Berilo Vargas (trad.). Rio de Janeiro: Record, 2001.

HARVEY, David. **O Neoliberalismo: História e Implicações**. São Paulo, Edições Loyola, 2008.

_____. **Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Loyola, 2001.

HEIDRICH, Álvaro Luiz. **Espaço, território e cidadania**. IN: Caesura – Revista crítica de ciências sociais e humanas, no. 21, Canoas. Ed. da Ulbra, 2002.

HILLESHEIM, Betina, CRUZ, Lilian Rodrigues. Risco, **Vulnerabilidade e Infância: Algumas aproximações**. Revista Psicologia & Sociedade; 20 (2): 192-199, 2008.

KORNOSKY, J. L; PECK, J. D; SWEENEY, A. M; ADELSON, P. L; SCHANTZ, S. L. **Reproductive characteristics of Southeast Asian immigrants before and after migration**. Journal of Immigrant and Minority Health, 2007.

KICKBUSCH, Ilona. **The future value of health. Perspective in Health**. The Magazine of the Pan American Health Organization. Centennial Issue. V 7, n. 2, p. 28-32, 2002.

LEFÉBVRE. Henri. **The production of space**. UK/USA: Blackwell, 1991.

MASSEY, Doreen. **Pelo Espaço: Uma nova política de espacialidade**. Rogério Haesbaert e Hilda Preto Maciel (trad.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

MCMICHAEL, A; BEAGLEHOLE, R. **The changing global context of public health**. The Lancet. 356, p. 495-499, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MILLS A. **Vertical vs horizontal programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency**. Social Sciences & Medicine. 17, 1971-1981, 1983.

MONTEIRO, Ana Paula Teixeira de Almeida Viera. **Migração e Saúde Mental: Vulnerabilidade ao stress, apoio social e saúde mental em imigrantes da Europa do Leste a residir em Portugal**. Tese de Doutorado (Faculdade de Medicina) - Universidade Coimbra, Coimbra – Portugal, 2008.

MURDOCH, Jonathan. **Post-structuralist Geography**. London: Sage, 2006.

NIGRO, Daniele; PEREZ, Fernanda. **Saúde Global: um campo em construção**. In: FORTES, Paulo; RIBEIRO, Helena. (org). Saúde Global. Barueri: Manole, 2014.

PARAÍSO, M.A. **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas**. IN: MEYER D.E; PARAÍSO, M.A. Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação (orgs.) Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.

RAMOS, Aluísio Wellichan. **Espaçotempo na cidade de São Paulo: historicidade e espacialidade do “bairro” da água branca**. Revista do Departamento de Geografia da FFLCHUSP, São Paulo, n. 1, p. 65-75, 1982.

ROSE, Nikolas. **Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital**. In: SANTOS, Luís H. Sacchi dos; RIBEIRO, Paula R. Costa. (Orgs.) Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção da própria vida. Furg: Rio Grande: 2011.

_____. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI.** Paulo Ferreira Valério (trad.). São Paulo: Paulus, 2013.

ROSEN, George. **Uma história da Saúde Pública.** São Paulo: Hucitec, 1994.

SALGUEIRO, Teresa Barata. **Cidade Pós-Moderna: espaço fragmentado.** In: Revista Território, UFRJ, ano III, no. 4, jan-jul. Rio de Janeiro, 1998.

SANTOS, Milton. **Pensando o espaço do homem.** São Paulo: Hucitec, 1982.

_____. **A Natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

SAQUET, Marcos Aurelio; SILVA, Sueli Santos. **Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território.** Geo UERJ, v. 2, n. 18, p. 24-42, 2008.

SCHILLINGER, Hubert René. **Da necessidade de repensar as políticas de comercia em tempos de Desglobalização.** Revista Perspectivas n. 8, 2016.

SCHMIDT, Mario Furley. **Nova História Crítica.** São Paulo: Nova Geração, 2008.

SENE, Eustáquio. **Globalização e espaço geográfico.** São Paulo: Contexto, 2003.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira. **O direito fundamental à saúde: dos Direitos Humanos à Constituição de 1988.** Revista Âmbito Jurídico (online), 2017.

SOJA, Edward. **Geografias pós-modernas: a reafirmação do espaço na teoria social crítica.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

_____. **A virada da espacialidade.** In: OLIVEIRA, Márcio Piñon; COELHO, Maria Cecília Nunes; CORRÊA, Aureanice Mello. (org). O Brasil, a América Latina e o mundo: espacialidades contemporâneas (1). Rio de Janeiro: Lamparina editora, 2008.

SOMMER, Luís Henrique. **A Ordem do discurso escolar.** Revista Brasileira de Educação, v. 12, n. 34, p. 57-67, 2007.

TRAVERSINI, Clarice S; BELLO, Samuel E. L. **O numerável, o mensurável e o auditável: estatística como tecnologia para governar.** In: Educação e Realidade, v. 34 n.2. Porto Alegre: maio/agosto, 2009.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Ecopolítica: um novo horizonte para a biopolítica.** Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental, v. 31, p. 208-224, 2014.

VELASCO, Manuel. **Breve História dos Vikings.** Editora Versal, 2013.

VIZENTINI, Paulo Gilberto Fagundes. **Da guerra fria à crise (1945-1992)**. 2ª ed. Porto Alegre: Editora UFRGS, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***Integration of health care delivery: report of a WHO study group***. Geneva, WHO Technical Report Series n. 861, 1996.

WEINTRAUB, Ana Cecília Andrade de Moraes; TITTANEGRO, Gláucia Rita; VASCONCELLOS, Maria da Penha. **Razões do migrar no contemporâneo**. In: FORTES, Paulo; RIBEIRO, Helena. (org). Saúde Global. Barueri: Manole, 2014.

6.1 Fontes

ACNUR. Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados. **Convenção relativa ao estatuto dos refugiados**, 1951. Disponível em: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.

IOM. International Organization for Migration. **Migration flows to europe the mediterranean digest**, 2017. Disponível em: <http://migration.iom.int/docs/Med_Digest_3_15_December_2016.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2017.

_____. **International Migration Health and Human Rights**. Geneva: IOM, 2013

_____. **Migration Health. Annual Review, 2015**. Geneva: IOM, 2016.

_____. **The future of migration: building capacities for change, 2010**. Disponível em: <https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2010_english.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.

_____. **World migration 2003: managing migration challenges and responses for people on the move**. Geneva: IOM, 2003.

_____. **22º Glossary for Migration**, 2009. Disponível em: <<http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml22.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Carta da ONU**, 1945. Disponível em: <http://unicrio.org.br/img/CartaONU_VersolInternet.pdf> Acesso em: 01 dez. 2016.

_____. **Global Migration: Demographic Aspects and Its Relevance for Development**, 2013. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/migration/documents/EGM.Skeldon_17.12.2013.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2016.

WHO. World Health Organization. **History of WHO**, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/about/history/en/>>. Acesso em: 01 dez. 2016.