



**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

CAMPUS DE TOLEDO – CNPJ 78.680.337/0005-08

Rua da Faculdade, 645 – Jd. Santa Maria –

Fone (45) 3379-7000 / Fax (45) 3379-7002

CEP 85903-000 – Toledo – PR. - [www.unioeste.br](http://www.unioeste.br)



---

**JOICENI MOREIRA GIARETTA**

**O ACESSO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL À MIGRANTES  
INTERNACIONAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO  
MUNICÍPIO DE TOLEDO, PARANÁ**

---

**Toledo  
2025**

**JOICENI MOREIRA GIARETTA**

**A ACESSO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL À MIGRANTES  
INTERNACIONAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO  
MUNICÍPIO DE TOLEDO, PARANÁ**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS, Nível de Mestrado da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE.

Linha de Pesquisa: Política Social, Fundamentos, Gestão e Análise.

Orientadora: Profa. Dra. Diuslene Rodrigues da Silva.

**Toledo  
2025**

**JOICENI MOREIRA GIARETTA**

**O ACESSO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL À MIGRANTES  
INTERNACIONAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO  
MUNICÍPIO DE TOLEDO, PARANÁ**

Dissertação apresentada à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS, Nível de Mestrado da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof(a). Dra. Diuslene Rodrigues da Silva  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

---

Prof(a). Dra. Ineiva Terezinha Kreutz  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

---

Prof(a). Dra. Rutelêia Cândida de Souza Silva  
Universidade Federal do Mato Grosso

**Toledo  
2025**

*“Com a minha mala na mão, sou um imigrante em marcha  
Percorrendo o mundo em busca do meu destino!  
Nesta mala,  
Carrego nela muitas coisas  
Vou vagueando de terra em terra à busca da paz,  
Liberdade, Justiça, Abrigo, e finalmente um recomeço para viver a vida!  
Sou imigrante  
Feito uma andorinha, em busca da melhor estação!  
Como quem apenas quer viver  
De braços abertos estou para um trabalho para sobreviver!  
Como um ser humano,  
Estou pronto para contribuir para o crescimento do país acolhedor!  
Com a minha mala na mão  
vou percorrendo o mundo na conquista do meu destino,  
Eu sou um Sonhador!  
Sou imigrante a busca da sobrevivência...  
Sou imigrante a busca de um recomeço  
Sou humano a busca da paz  
Sou humano a busca de um abrigo  
Enfim... no final, querendo apenas viver e chegar ao meu destino!  
Com a minha mala na mão,  
Trago nela a determinação  
Trago nela o amor  
Trago nela a irmandade  
E a força para um recomeço  
e Finalmente chegar com ela ao meu destino!”*

Moisés António

*"Vocês precisam de entender  
que ninguém coloca os seus filhos num barco,  
a não ser que a água seja mais segura do que a terra."*

Warsan Shire

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que direta ou indiretamente estiveram envolvidos nesse processo de aprendizado, nesse caminho de grandes desafios e alegrias. Em especial agradeço a minha linda família pelo apoio constante e compreensão dos momentos de ausência. Aos meus queridos e amados amigos e colegas de caminhada, Adélia, Amanda, Gabriel, Letícia, Leonardo, Lucas, Paula e Sabrina, companheiros nos debates calorosos e nos momentos de festejos. Ao irmão que o acaso gentilmente colocou no meu caminho, Carlos Roberto Binsfeld, “pelo privilégio de estar nesse mundo no mesmo tempo e espaço que você!”.

A querida professora e amiga Mirele Hashimoto Siqueira e a professora Ineiva Terezinha Kreutz, pelo incentivo e inspiração. Ao querido amigo Douglas Fedel Zorzo, pela confiança, carinho e oportunidade. A minha orientadora professora Diuslene, pela dedicação e compreensão das minhas limitações e condições objetivas durante o processo do mestrado. A Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Unioeste, ao Programa de Pós-graduação ao qual estou inserida e a CAPES, que proporcionaram a possibilidade de realização dessa etapa que há tempos era um desejo.

Por fim, aos protagonistas, àqueles que possivelmente não imaginam, mas que foram a inspiração para esse trabalho, os migrantes internacionais. “ATÉ QUE TODOS SEJAM VISTOS!” (Embaixada Solidária, 2025).

GIARETTA, Joiceni Moreira. **O ACESSO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL À MIGRANTES INTERNACIONAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, PARANÁ.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, *campus* Toledo, 2025.

## RESUMO

O tema da presente Dissertação é a migração internacional e a saúde mental e o seu objetivo geral é analisar o acesso aos serviços de saúde mental da população migrante no município de Toledo. Para que isso fosse possível, foram elencados os seguintes objetivos específicos: a) compreender as implicações do processo migratório na saúde mental dos migrantes internacionais, b) discutir a atenção em saúde mental ofertada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e institucionalizadas pela Política de Saúde Mental (PNSM), c) analisar as demandas com relação à saúde mental apresentadas pelos migrantes internacionais atendidos no município de Toledo-PR. Nesse sentido, o problema de que se ocupou a presente pesquisa consistiu na indagação sintetizada a seguir: Quais determinantes viabilizam e limitam os serviços de saúde mental no município de Toledo-PR? Para responder a essa questão, utilizou-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de tipo exploratório e de natureza documental e de campo, valendo-se como fontes de pesquisa legislações, planos de atendimento à Saúde e a Saúde mental e entrevistas semiestruturadas realizadas com os coordenados dos Centro de Atenção Psicossocial do município de Toledo-PR (CAPS). Se espera, com o trabalho ora apresentado, trazer a conhecimento público como vem sendo realizado o atendimento à saúde mental aos migrantes internacionais pela rede de saúde mental do município de Toledo, levando em consideração a importância da categoria migração em toda a história e, atualmente, sob determinantes tão particulares e contraditórios que a vinculam como inerentes ao modo de produção de capitalista. Também se espera que o presente trabalho contribua estimulando a pesquisa do tema da migração e da saúde mental e da importância de se visibilizar essa população, para que tenha um atendimento condizente com suas necessidades e particularidades. Bem como, na construção de ações e projetos que contribuam para o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.

**PALAVRAS-CHAVES:** Migração Internacional; Direitos; Política de Saúde Mental;

GIARETTA, Joiceni Moreira. **THE ACCESS AND MENTAL HEALTH CARE FOR INTERNATIONAL MIGRANTS IN THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS (CAPS) OF THE MUNICIPALITY OF TOLEDO, PARANÁ.** Dissertation (Master's Degree in Social Work), State University of Western Paraná, Toledo campus, 2025.

## **ABSTRACT**

The theme of this dissertation is the international migration and mental health, and its general objective is to analyze the access to mental health services of the migrant population in the municipality of Toledo. To make this possible, the following specific objectives were listed: a) to understand the implications of the migratory process on the mental health of international migrants, b) to discuss the mental health care offered through the Unified Health System (SUS) and institutionalized by the Mental Health Policy (PNSM), c) to analyze the demands regarding mental health presented by international migrants assisted in the municipality of Toledo-PR. In this sense, the problem that the present research was concerned with consisted of the following question: What determinants enable and limit mental health services in the city of Toledo-PR? To answer this question, a qualitative research was used, of an exploratory type and of a documentary and field nature, using as research sources legislation, health care plans and mental health and semi-structured interviews carried out with the coordinates of the Psychosocial Care Center of the municipality of Toledo-PR (CAPS). It is expected, with the work presented here, to bring to public knowledge how mental health care has been provided to international migrants by the mental health network of the municipality of Toledo, taking into account the importance of the category migration throughout history and, currently, under such particular and contradictory determinants that link it as inherent to the capitalist mode of production. It is also expected that the present work will contribute to stimulating research on the theme of migration and mental health and the importance of making this population visible, so that they have a service consistent with their needs and particularities. As well as in the construction of actions and projects that contribute to the access and quality of health services.

**KEYWORDS:** International Migration; Rights; Mental Health Policy;

## ABREVIATURAS E SIGLAS

|            |                                                        |
|------------|--------------------------------------------------------|
| ABP –      | Associação Brasileira de Psiquiatria                   |
| ABRASCO –  | Associação Brasileira de Saúde Coletiva                |
| ACNUR -    | Alto Comissariado das Nações Unidas                    |
| AIS –      | Ações Integradas de Saúde                              |
| AIH –      | Autorização de Internação Hospitalar                   |
| AMI –      | Ambulatório Materno e Infantil                         |
| CADH –     | Convenção Americana sobre Direitos Humanos             |
| CAPs –     | Caixa de Aposentadoria e Pensões                       |
| CAPS –     | Centro de Atenção Psicossocial                         |
| CAPS AD –  | Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas         |
| CAPSi –    | Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil         |
| CATs –     | Comunicação de Acidente de Trabalho                    |
| CIME –     | Comite Intergovernamental para Migrações Europeias     |
| CEBES –    | Centro Brasileiro de Estudo em Saúde                   |
| CENSE –    | Centro de Socioeducação                                |
| CER –      | Centro Especializado de Reabilitação                   |
| CERTI –    | Centro de Revitalização da Terceira Idade              |
| CISCOPAR – | Consórcio Intermunicipal Costa Oeste                   |
| CLT –      | Consolidação das Leis do Trabalho                      |
| CNS –      | Conferência Nacional de Saúde                          |
| CNE –      | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde         |
| CNIg –     | Conselho Nacional de Migração                          |
| CNSM –     | Conferência Nacional de Saúde Mental                   |
| CONARE –   | Comitê Nacional para Refugiados                        |
| CONASP –   | Conselho de Administração de Saúde                     |
| COMIGRAR – | Conferência Nacional de Migrações, Refúgio e Apátridas |
| CREMESP –  | Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo   |

|           |                                                               |
|-----------|---------------------------------------------------------------|
| DENERU –  | Departamento Nacional de Endemias Rurais                      |
| DISAM –   | Divisão Nacional de Saúde Mental                              |
| DPVAT –   | Seguro por danos Pessoais de Veículos Automotores             |
| ESF –     | Equipe de Saúde da Família                                    |
| FAS –     | Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social                      |
| HCO –     | Centro Hospitalar do Oeste                                    |
| HOESP –   | Associação Beneficente de Saúde do Oeste do Paraná            |
| HU –      | Hospital Universitário                                        |
| IAPS –    | Instituto de Aposentadoria e Pensões                          |
| IAPM -    | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos marítimos            |
| IAPC -    | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos comerciários         |
| IAPI -    | Instituto de Aposentadoria e Pensões das Indústrias           |
| IBGE –    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística               |
| INAMPS –  | Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social |
| INPS –    | Instituto Nacional de Previdência Social                      |
| IPARDES – | Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social    |
| LACEN –   | Laboratório Central de Saúde Pública                          |
| MESP -    | Ministério da Educação e Saúde                                |
| MJSP –    | Ministério da Justiça e Segurança Pública                     |
| MPAS –    | Ministério da Previdência e Assistência Social                |
| MPF -     | Ministério Público Federal                                    |
| MRE –     | Ministério das Relações Exteriores                            |
| MTSM –    | Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental                   |
| MTIC -    | Ministério do Trabalho Indústria e Comércio                   |
| NAPS –    | Núcleo de Atenção Psicossocial                                |
| NASF –    | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                            |
| OBmigra – | Observatório das Migrações Internacionais                     |
| OEA –     | Organização dos Estados Americanos                            |
| OIR –     | Organização Internacional para Refugiados                     |

|             |                                                                |
|-------------|----------------------------------------------------------------|
| OIT –       | Organização Internacional do Trabalho                          |
| OMS –       | Organização Mundial de Saúde                                   |
| ONU -       | Organização das Nações Unidas                                  |
| PAM -       | Pronto Atendimento Municipal                                   |
| PAIS –      | Programa de Ações Integradas de Saúde                          |
| PIASS –     | Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento     |
| PNAB –      | Política Nacional de Atenção Básica                            |
| PND –       | Plano Nacional de Desenvolvimento                              |
| PNI –       | Política Nacional de Imunização                                |
| PNPS -      | Política Nacional de Promoção à Saúde                          |
| PNUD –      | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento              |
| PNVS –      | Política Nacional de Vigilância em Saúde                       |
| POI –       | Programa de Orçamentação Integrada                             |
| PRA –       | Programa de Racionalização Ambulatorial                        |
| PRO-SAUDE – | Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde                 |
| PTI –       | Projetos Terapêuticos Individualizados                         |
| RAPS –      | Rede de Atenção Psicossocial                                   |
| RAS –       | Rede de Atenção à Saúde                                        |
| REME –      | Movimento de Renovação Médica                                  |
| SAMPHS –    | Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social |
| SAMU –      | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência                       |
| SAPS –      | Secretaria de Atenção Primária à Saúde                         |
| SENAJUS –   | Secretaria Nacional de Justiça                                 |
| SESA –      | Secretaria de Saúde                                            |
| SIGO –      | Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias                    |
| SUDS –      | Sistema Unificado de Descentralização de Saúde                 |
| SUS –       | Sistema Único de Saúde                                         |
| TEA –       | Transtorno do Espectro Autista                                 |
| UBS –       | Unidade Básica de Saúde                                        |

UNB – Universidade de Brasília  
UNHCR - Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                                                     | <b>12</b>  |
| <b>1 MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS CONTEMPORÂNEAS.....</b>                                                                                                      | <b>16</b>  |
| 1.1 O INFLUXO MIGRATÓRIO PARA O BRASIL NO SÉCULO XXI .....                                                                                                 | 24         |
| 1.2 TRATADOS INTERNACIONAIS E A LEI DE MIGRAÇÃO NO BRASIL: SOBRE O DIREITO DE SER CIDADÃO NO MUNDO.....                                                    | 36         |
| <b>2 MIGRANTES INTERNACIONAIS E O DIREITO HUMANO À SAÚDE .....</b>                                                                                         | <b>44</b>  |
| 2.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DESENVOLVIMENTO, ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....                                                      | 50         |
| 2.1.1 Breve apanhado histórico da saúde no Brasil.....                                                                                                     | 52         |
| 2.1.2 O atual sistema de Saúde do Brasil.....                                                                                                              | 61         |
| 2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: BREVE ANÁLISE ESTRUTURAL.....                                                                          | 65         |
| <b>3 QUESTÃO MIGRATÓRIA E AS INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE TOLEDO, PARANÁ: DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b> | <b>75</b>  |
| 3.1 ASPECTOS SÓCIOHISTÓRICOS E ECONÔMICOS DO MUNICÍPIO.....                                                                                                | 82         |
| 3.2 POLÍTICA MUNICIPAL E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE .....                                                                                                  | 88         |
| 3.3 A REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE TOLEDO-PR.....                                                                                        | 98         |
| 3.4 MIGRANTES INTERNACIONAIS E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM TOLEDO.....                                                                             | 102        |
| 3.5 DESAFIOS NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE MENTAL DE INDIVÍDUOS E FAMÍLIAS MIGRANTES.....                                                                 | 104        |
| 3.5.1 A invisibilidade do migrante internacional na Política de Saúde Mental .....                                                                         | 105        |
| 3.5.2 A Rede de atendimento à saúde mental e os princípios que regem o SUS .....                                                                           | 109        |
| 3.5.3 O atendimento à Saúde na lógica neoliberal.....                                                                                                      | 116        |
| 3.5.4 A educação permanente nos preceitos da Reforma Psiquiátrica.....                                                                                     | 121        |
| <b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                                                         | <b>125</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                                                                    | <b>129</b> |

**ANEXO.....140**

**APÊNDICES.....143**

## INTRODUÇÃO

Em tempos de <sup>1</sup>mundialização do capital, eventos diretamente relacionados ao modo de produção capitalista, como a crise climática, desigualdades econômicas e sociais, desastres naturais e guerras, forçam milhares de pessoas a se deslocarem pelo mundo em busca de condições de sobrevivência.

Embora a migração não seja um fenômeno recente, é no contexto da superexploração da força de trabalho, da superprodução e da expropriação de direitos e de aspectos socioculturais, que os deslocamentos se exponenciam, se colocando como um grande desafio para a humanidade.

O expressivo número de imigrantes que se tem notado nos últimos anos, inclusive, residindo e trabalhando no município de Toledo-PR, assim como em todo o Estado e, mesmo, no país, associado as notícias constantes a respeito da chamada crise humanitária que envolve os movimentos migratórios, despertaram o interesse pelo estudo do tema da migração e da compreensão do que determina esse movimento.

Com relação a perspectiva escolhida, qual seja a Política de Saúde Mental, o interesse pelo assunto foi despertado na disciplina oferecida como tópico especial no programa do mestrado, Saúde do Trabalhador, especialmente quando se tratou da precarização do trabalho e efeitos para a saúde mental do trabalhador. Coincidentemente, durante a formação na pós-graduação já findado projeto e escolha do tema, esta pesquisadora assumiu concurso público e atua na área da saúde na Unidade de Pronto Atendimento, UPA24H, neste município de Toledo, o que aguçou ainda mais o interesse pelo tema, tendo em vista o número expressivo de pacientes que são admitidos na Unidade por transtornos mentais e/ou surtos psicóticos.

Além disso, a migração é uma categoria importante para o Serviço Social, uma vez que está diretamente inserida em um contexto em que se exige do Estado a regulamentação e implantação de políticas públicas, que estão diretamente relacionadas a atuação dos Assistentes Sociais.

---

<sup>1</sup> A mundialização do Capital, de acordo com François Chesnais, diz respeito à crescente integração dos mercados produtivos e financeiro em escala mundial, impulsionado pelo movimento do capital financeiro e ação dos grandes grupos multinacionais, que resulta na reorganização da economia e da geopolítica mundial e, tem consequentemente, impactos no trabalho, na produção e no controle dos mercados (Chesnais, 1996).

Sendo assim, a dissertação versará em torno da temática da “Migração Internacional e Saúde Mental”, da qual derivou a delimitação: a política de saúde no município de Toledo-PR no atendimento as demandas relativas à saúde mental do migrante internacional e que tem como objetivo geral: Analisar o acesso aos serviços de saúde mental da população migrante no município de Toledo. Para que isso fosse possível, foram elencados os seguintes objetivos específicos: a) compreender as implicações do processo migratório na saúde mental dos migrantes internacionais, b) discutir a atenção em saúde mental ofertada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e institucionalizadas pela Política de Saúde Mental (PNSM), c) analisar as demandas com relação à saúde mental apresentadas pelos migrantes internacionais atendidos no município de Toledo-PR.

A pesquisa foi realizada utilizando-se de uma abordagem qualitativa e de caráter exploratório. Optou-se pela pesquisa qualitativa, porque, de acordo com Minayo (2013), este é o tipo de abordagem que busca conhecer e compreender questões particulares dos fenômenos, que vão além daquilo que se é quantificado. Sendo assim, optou-se pela realização de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória, documental e de campo.

Para a realização da pesquisa foram definidas categorias principais, quais sejam, Migração Internacional e Saúde mental, das quais tentou-se realizar a apreensão dos conceitos, do movimento histórico percorrido e a determinações imposta pelo modo de produção capitalista.

Com relação ao universo da pesquisa foram escolhidos os trabalhadores da saúde mental do município e, dentre eles, os 3 (três) coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial do município, pois partiu-se do princípio de que, por exercerem cargo de gestão, teriam conhecimento na dimensão da totalidade, sobre o funcionamento do atendimento da Rede de Saúde mental. Tendo em vista que, os casos mais complexos são encaminhados para esse atendimento.

A partir daí foi realizada a pesquisa de campo através de entrevista semiestruturada. Para que isso fosse possível, foi protocolado junto a Secretaria de Saúde do Município o termo de “Autorização de Instituição Coparticipante” (Apêndice A), acompanhado do resumo do projeto de pesquisa, conforme resolução da UNIOESTE, com vias encaminhadas para à Secretária Municipal da Saúde que autorizou a coleta de informações junto aos coordenadores dos Centro de Atendimento Psicossocial do Município (CAPS), quais sejam, CAPSi, CAPS II e CAPS AD. Com a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE: 79853524.8.0000.0170) e de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas em ciências humanas, foi utilizado como fonte de dados um questionário

semiestruturado com perguntas objetivas e abertas, que foram respondidas pelos coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Toledo.

Quanto a metodologia de análise, foi realizada a análise de conteúdo, que tem em vista analisar as informações constantes nos documentos e mediante um conjunto de técnica de interpretação para compreender de maneira crítica o sentido do que foi manifestado direta ou indiretamente no material analisado (Severino, 2007).

A técnica de análise de conteúdo conhecida como técnica de Bardin, foi desenvolvida por Laurence Bardin, que “objetiva analisar o que foi dito em meio a uma investigação, construindo e apresentando concepções em torno de um objeto de estudo” (Sousa; Santos, 2020, p.1397).

A dissertação foi organizada em (03) capítulos: sendo 1) o primeiro, sobre a questão migrações internacionais contemporâneas, onde se aborda o fenômeno da migração internacional na sociabilidade capitalista da qual não pode ser dissociado, pois as migrações e a superexploração da força de trabalho neste modo de produção, acentua-se em tempos de mundialização do capital e a força de trabalho migrante se coloca como sujeita às intempéries do capital. É dentro contexto que se estabelecem e se elaboram as políticas migratórias que regem os fluxos migratórios nos diversos países, chamando a atenção para o influxo migratório para o Brasil no Século XXI, os tratados internacionais dos quais o país é signatário e a atual Lei de Migração.

Também se optou por utilizar o termo “migrações internacionais”, ao longo da dissertação sem conceituar distintamente os refugiados e apátridas, isso porque, parte-se do princípio que tanto um quanto outro, mesmo com suas particularidades, não deixam de ser migrantes.

Também não serão distinguidas emigração e imigração, por compreender com base no que observa Sayad (1998), que todo/a imigrante é, antes de tudo, um/a emigrante e, todo/a imigrante continua sendo um/a emigrante. Neste sentido, os termos “imigrante, emigrante, imigração e emigração” aparecerão nos casos em que foram originalmente utilizados desta maneira, ou seja, em publicações citadas e nos dispositivos legais e/ou nos acordos nacionais, bilaterais e internacionais.

No **segundo capítulo** aborda-se a Política de Saúde no Brasil, numa perspectiva histórica, onde procura-se compreender a dinâmica de construção dessa política, bem como, a forma que está sendo implantada e desenvolvida em tempos de neoliberalismo. Neste sentido, procurou-se compreender o desenvolvimento, organização e gestão do sistema único de saúde, bem como a política nacional de saúde mental brasileira.

No **terceiro e último capítulo** apresenta-se a forma com que a Rede de atendimento à saúde e a saúde mental funcionam no município. Bem como, é nesse capítulo que se apresenta a discussão sobre a questão migratória e o atendimento à saúde mental da população migrante no município. Assim, a partir das leituras do material levantado, arcabouço teórico e entrevistas realizadas, foram feitas as análises qualitativas, temáticas das informações coletadas com o objetivo de compreender como o atendimento as demandas de saúde mental do migrante internacional vêm sendo realizado pelo Município, no contexto da Política de Saúde.

A partir disso, optou-se por organizar a apresentação e discussão a partir de quatro eixos: 1) A invisibilidade do migrante internacional na Política de Saúde Mental; 2) A Rede de atendimento à saúde mental e os princípios que regem o SUS; 3) O atendimento à Saúde na lógica neoliberal e 4) A educação permanente nos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Além da contribuição para a formação da pesquisadora, acredita-se que essa pesquisa proporcionará, nas ciências, o auxílio na aproximação e na compreensão da categoria migração, bem como, dos seus elementos constitutivos e determinantes no modo de produção capitalista, e em tempos de intensos fluxos migratórios por um lado, e de políticas de rechaço e exclusão por outro, além de incentivar a produção de novas pesquisas sobre o tema da migração que possam contribuir para a elaboração de políticas públicas, bem como, programas, projetos e/ou ações.

Também, a compreensão sobre a migração no contexto do atendimento à saúde, pode agregar na construção de novas formas de atendimento. Ainda, por ser a Saúde um dos principais espaço de trabalho da/o assistente social, o presente trabalho pode colaborar no sentido de demonstrar para a importância do debate da migração para a categoria profissional.

## 1 MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS CONTEMPORÂNEAS

O deslocamento de pessoas pelo mundo não é um fenômeno recente, ao contrário, faz parte da própria constituição da humanidade. Inicialmente em busca de lugares mais adequados para a manutenção da vida, levando em consideração as características climáticas e a quantidade de alimentos ofertados para a caça, pesca e coleta, homens e mulheres migravam. Após esse período, a procura por terras cultiváveis, a fuga em razão de guerras e conflitos e, contemporaneamente, motivos variados, que não descartam os anteriores, mas que se relacionam diretamente com modo de produção capitalista. Ou seja, motivos e determinações que se alteram através do tempo, como observa Vendramini (2018):

Ainda que os dados crescentes da migração nos últimos anos revelem as contradições e a crise permanente em que se situa o capital, **a imigração não é um fenômeno da atualidade**, ela é um problema recorrente na história da humanidade. Consideramos o homem como um ser histórico e social que produz a sua vida por meio do trabalho na relação com a natureza, atendendo suas necessidades e criando novas, mobilizando para isso ferramentas, habilidades e conhecimentos, de acordo com o modo de produção de cada período histórico. Neste processo constitutivo do próprio homem, a mobilidade está presente. Isso quer dizer que os homens não apenas se adaptam ao meio cumprindo determinações genéticas, mas o modificam e modificam a si próprios nesse processo, criando permanentemente meios de trabalho em diferentes espaços e de formas diversas. (Vendramini, 2018, p. 240, grifo nosso).

No início desse século XXI, constata-se um aumento progressivo e expressivo no número de pessoas em deslocamento pelo mundo, especialmente nos últimos 12 anos. É o que revela o Alto Comissariado das Nações Unidas, ACNUR, que nos mais recentes dados divulgados sobre migração internacional, datados de maio de 2024, afirma que os deslocamentos forçados atingiram o número de **120 milhões de pessoas** pelo mundo (ACNUR, 2024).

A mesma agência atribui a incapacidade dos Estados em resolver crises internas prolongadas e aos conflitos atuais, o aumento significativo desses números, e destaca o conflito ocorrido no Sudão no final de 2023, onde o número de deslocados chegou a 10,8 milhões de sudaneses; os milhões de pessoas deslocadas em Mianmar e na República Democrática do Congo, em razão de violentos conflitos ocorridos no mesmo ano, assim como, estima que até no final de 2023, foram deslocadas da faixa de Gaza, cerca de 1,7 milhão de pessoas (75% da população), em sua maioria palestinos, que foram forçados a abandonar suas terras devido aos níveis catastróficos de violência. E, por fim, a Síria, que continua sendo a maior crise de deslocamento do mundo, com 13,8 milhões de pessoas deslocadas à força dentro e fora do

país (ACNUR, 2024). Além dos conflitos citados, podemos acrescentar a guerra na Ucrânia, com início em fevereiro de 2022 e os ataques ao Líbano, iniciados em dezembro de 2024.

Os conflitos, ainda não encerrados, resultaram em crises humanitárias de grande proporção, assim como em deslocamentos em massa. Na Ucrânia, estima-se que a invasão russa tenha provocado pelo menos 500 mil mortes, deslocamento interno de 9,7 milhões de ucranianos e 6 milhões de refugiados. Na Faixa de Gaza, há uma severa crise humanitária, onde aqueles que permanecem enfrentam insegurança alimentar aguda e fome (UNHCR apud Ribeiro; Marques, 2024).

Com relação ao Líbano a recente escalada de violência e ataques, tem forçado milhares de pessoas a fugirem. Desde 23 de setembro de 2024, um milhão de pessoas foram afetadas pelos conflitos, mais de 540 mil pessoas foram deslocadas e 185 mil pessoas atravessaram a fronteira do Líbano com a Síria. Entre esses se encontram refugiados sírios, que já estavam em vulnerabilidade (Ribeiro; Marques, 2024).

Com relação aos países da América, o inicialmente citado relatório (ACNUR, 2024) faz referência a importância do papel desempenhado pelos países do continente em questão, no que se refere a reassentamentos e outras soluções. Citam os Estados Unidos e Canadá como os países que mais receberam refugiados reassentados, a nível global, no ano de 2023 e o

Brasil, Colômbia, Equador e Peru, como aqueles que estão implementando vastos programas de regularização para refugiados e migrantes, garantindo documentação e acesso a serviços. No final de 2023, os países da região também acolhiam a maioria dos refugiados e migrantes da Venezuela. Além disso, a Colômbia lidera os esforços para implementar soluções inovadoras para deslocados internos. (ACNUR, 2024 s.p)

Quando se trata de fluxos migratórios, uma das ações governamentais é a produção e indicação de dados quantitativos sobre o movimento, o que não é suficiente para entender a complexidade das dimensões sobre o tema e acaba sendo “um instrumento de controle ambíguo” como afirma Kreutz (2020), pois

Se, por um lado, é importante em muitos aspectos (para planificação e gestão de políticas públicas, para a construção de indicadores sociais, econômicos, culturais que permitem que os recursos e investimentos nas políticas públicas sejam qualificados), por outro, a tentação de utilizá-los para intervenções contrárias também é grande e com consequências gravosas. Tais consequências podem ser ainda mais graves se o uso das informações e dos dados estatísticos sobre as migrações internacionais servirem de base para a adoção – dos governos e traduzidas na ação do Estado – de um conjunto de normativas e regulamentações jurídicas de restrição, seletividade

e em dissonância com os direitos humanos universais, quando a percepção dos processos migratórios é tida como um “problema de segurança nacional” e os/as migrantes são identificados/as e classificados/as como “sujeitos de risco”, “inimigos”, “seres humanos ilegais” que ameaçam a ordem social (burguesa) vigente. (Kreutz, 2020, p. 49)

Desde o início do modo de produção capitalista, os deslocamentos têm sido regidos e determinados de acordo com a maior possibilidade de maximizar a acumulação, o que resulta na superexploração da força de trabalho migrante, que se coloca à disposição da realização de um trabalho cada vez mais precarizado.

Numa perspectiva histórica, com o início da industrialização na Inglaterra, através dos chamados cercamentos – medida de lei que deu a propriedade de terras aos burgueses – inicia-se o processo de expulsão dos camponeses de suas terras que, na maioria das vezes acontece de maneira violenta, de modo que as terras em que antes residiam passam a se tornar pastos para incrementar a produção de lã da nascente indústria têxtil do período. Isso gera a migração daqueles que residiam nessas terras para as cidades em busca da venda da sua força de trabalho para sobreviverem.

Dessa forma, aqui já se observa que a migração é uma categoria que não pode ser dissociada da categoria do trabalho e da expansão do modo de produção capitalista, dado que a força de trabalho abundante e a acumulação de capital, por parte dos burgueses, acarretou um crescimento frenético das indústrias.

O capitalismo é um modo de produção que alterou não apenas os modos de produção anteriormente existentes, como o escravismo e o feudalismo, na perspectiva econômica, mas que também mudou a forma dos homens se relacionarem, ou seja, mudou a produção material da vida social. A relação entre os homens se tornou uma relação entre mercadorias. De acordo com Marx:

O trabalhador torna-se tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador torna-se uma mercadoria tanto mais barata, quanto maior número de bens produz. Com a valorização do mundo das coisas, aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. O trabalho não produz apenas mercadoria; produz-se também a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria, e justamente na mesma proporção com que produz bens (Marx, 2004, p.111).

Após algumas fases do desenvolvimento desse modo de produção, temos uma reconfiguração do capitalismo, em que algumas medidas são tomadas para sua continuidade e expansão: 1) o receituário neoliberal e; 2) a reestruturação produtiva.

Isto porque, sendo permeado por crises, em meados dos anos 1970, o capitalismo

manifesta uma “nova” face – de caráter estrutural. A desaceleração do crescimento, a queda nas taxas de lucro e o reconhecimento dos direitos sociais, conquistados pelas lutas políticas dos movimentos dos trabalhadores em momento anterior, são alguns dos elementos que deixam os capitalistas em alerta. Para além disso, a experiência socialista, iniciada em 1917, ainda não estava em crise, deixando-os ainda mais temerosos.

A crise do modelo fordista de produção, gerada pela incapacidade de absorção da produção capitalista neste contexto, a crise do petróleo na economia datada de 1973, além da concorrência japonesa, que desenvolve um novo modelo de produção, as mudanças na tecnologia, surgimento da informática e, com isso, novas necessidades de consumo, são, de acordo com Lanza, Maccagnan e Garcia (2017), elementos fundamentais para a crise em questão.

Tais fatos obrigam a classe dominante em questão a organizar uma ofensiva, que tinha em vista adotar medidas como o enxugamento do Estado, ou seja, a diminuição dos gastos estatais com direitos sociais – vivenciados amplamente no período do <sup>2</sup>Estado de Bem Estar Social –, o ataque aos sindicatos, no sentido de atribuir os direitos conquistados pelos movimentos dos trabalhadores a crise vivenciada no período.

Além disso, também é o período em que ocorrem mudanças na esfera produtiva: há o esgotamento das formas tayloristas e fordistas, denominadas de produção “rígida”, que é substituída pela chamada acumulação flexível, explicada por Netto e Braz (2012) da seguinte maneira:

De uma parte, a produção rígida é substituída por um tipo diferenciado de produção, que da forma anterior mantém a característica de se realizar em grande escala; todavia, ela se destina-se a mercados específicos e procura romper com a estandarização, buscando atender variabilidades culturais e regionais e voltando-se para as peculiaridades de “nichos” particulares de consumo. De outra, o capital lança-se a um movimento de desconcentração industrial: promove a desterritorialização da produção – unidades produtivas (completas ou desmembradas) são deslocadas para novos espaços territoriais (especialmente áreas subdesenvolvidas e periféricas) onde a exploração da força de trabalho pode ser mais intensa (seja pelo seu baixo preço, seja pela ausência de legislação protetora do trabalho e de tradições de luta sindical). Tal desterritorialização acentua ainda mais o caráter desigual e combinado da dinâmica capitalista. (Netto; Braz, 2012, p. 228).

Combinado aos elementos já citados, tem-se ainda, nessa forma de organização da

---

<sup>2</sup> É o período entre os anos de 1945 e 1970 em que se aplicam projetos cujas as principais ações são: “[...] 1) responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado nível de emprego; prestação pública dos serviços sociais universais, como educação, segurança social, assistência médica e habitação; e um conjunto de serviços sociais pessoais; 2) universalidade dos serviços sociais; e 3) implantação de uma “rede de segurança” de serviços de assistência social” (Bering; Boschetti, 2008, p.94)

produção, mais precisamente, conhecida como toyotista, a redução do trabalho vivo com a implementação de tecnologias proporcionadas pelos avanços científicos no contexto da reestruturação produtiva, ao passo da consequente ampliação do trabalho morto, bem como, a implementação do receituário neoliberal, que atinge especialmente os trabalhadores, com a perda de direitos, da força dos sindicatos e o aumento exponencial do desemprego, resultado da redução do contingente de operários industriais.

O que marca a reestruturação produtiva ocorrida neste período é conhecido como o processo de mundialização do capital, que altera significativamente as relações de trabalho, segundo Antunes (2007),

[...] intensificam-se as formas de extração do trabalho, ampliam-se as terceirizações, a noção de tempo e de espaço também são metamorfoseadas e tudo isso muda muito o modo do capital produzir mercadorias, sejam elas materiais ou imateriais, corpóreas ou simbólicas. Onde havia uma empresa concentrada pode-se substituí-la por várias pequenas unidades interligadas pela rede, com número muito mais reduzido de trabalhadores e produzindo muitas vezes mais. As repercussões no plano organizativo, valorativo, subjetivo e ideopolítico são por demais evidentes (Antunes, 2007, p. 56).

Essas transformações no âmbito do capitalismo através da reestruturação produtiva também modificaram o cenário urbano, tendo em vista o aumento expressivo das grandes concentrações metropolitanas no final do século XX. “Na reestruturação econômica a dispersão espacial da produção tornou-se elemento central para a acumulação capitalista, que pressupõe uma intensa **mobilidade do capital e da força de trabalho**, na qual as tecnologias da informação conferem enorme dinâmica a este contexto” (Lanza; Maccagnan; Garcia, 2017, p. 7, grifo nosso).

Assim, conforme Vendramini (2018), o modo de produção capitalista produziu dois tipos de expropriação: a **primária**, que é a expropriação dos meios de produção, presente no processo de acumulação primitiva, e a **secundária** que se refere a retirada de direitos no contexto neoliberal.

A expropriação secundária, de acordo com Fontes (2012, p. 54), constitui-se em “nova - e fundamental - forma de exasperação da disponibilidade dos trabalhadores para o mercado, impondo novas condições e abrindo novos setores para a extração de mais-valor”. Esse processo se revela, segundo a autora, no desmantelamento de direitos sociais e trabalhistas, na privatização de empresas públicas, na expropriação contratual, na expropriação de matérias-primas estratégicas, conhecimentos, biodiversidade, técnicas diversas, na expropriação de bens coletivos, entre outras. Como resultado, aponta a “mercantilização inimaginável de todas as formas de vida social e humana” (Fontes *apud* Vendramini, 2018, p. 245).

Vendramini (2018) complementa tal afirmação quando explica que a expropriação pode ser constatada pela oferta de **uma massa de trabalhadores disponíveis para serem explorados** e, que, esta massa, por vezes, aceita renunciar às conquistas históricas de direitos da classe trabalhadora.

Além disso, é importante ressaltar que, em tempos de mundialização de capital, as migrações internacionais estão relacionadas também com as desigualdades territoriais entre Estados nacionais e as suas capacidades de gerar a acumulação do capital. Isso porque a extração da mais valia é constitutiva e fundante do modo de produção capitalista, como já foi dito. De acordo com Fagundes e Kreutz (2019):

No âmbito da mundialização do capital, com recorte no processo neoliberal e reestruturação produtiva – o que implica novas modalidades de mobilidades do capital em diferentes partes do mundo – as migrações adquirem um novo significado dentro da divisão social e técnica do trabalho. (...) A dinâmica capitalista apropria-se intensamente da dimensão territorial e espacial para sua reprodução e ampliação de sua ação, constituindo-se em elementos centrais na determinação das relações sociais e dinâmica populacional no século XX e XXI. (Fagundes; Kreutz, 2019, p. 17).

As mesmas autoras esclarecem que as migrações são indispensáveis para a “[...] maximização da acumulação, através da superexploração da força de trabalho migrante **inseridos nos esquemas de trabalho precarizado, provisórios, temporários e associados aos mecanismos para controlar o mercado de trabalho e salários**”. São os trabalhadores migrantes, portanto, “[...] constitutivos da força de trabalho ocupada e, em grande parte, da força de trabalho excedente [...]” (Fagundes; Kreutz, 2019, p. 18). Sendo assim:

Historicamente é possível notar que a expansão capitalista pelo globo, sendo que a estruturação das indústrias demandou o deslocamento dos trabalhadores que propiciou a criação de mercados, que estimulam ainda mais a circulação de mercadoria e pessoas e a forma que a indústria se estruturou demandou o deslocamento dos trabalhadores. Portanto, a imigração possui uma estreita relação com a acumulação capitalista, de modo que essa forma de produzir e reproduzir a vida concentra não apenas o capital, mas também os trabalhadores disponíveis a serem subjugados, de uma forma ou de outra pelo capital. (Lanza; Maccagnan; Garcia, 2017, p. 11).

Eventos como a crise climática, guerras, conflitos internacionais, entre outros, entendidos como motivos para o movimento migratório, não se desassocia da necessidade que o capital tem de acumular cada vez mais riquezas, são resultados da superexploração da natureza e da força de

trabalho. Na lógica capitalista a superprodução e superexploração são necessárias para sobrevivência do próprio sistema, neste sentido, pautas ambientais só são levadas em consideração se não atingirem ou comprometerem esta lógica da produção.

A crise econômica e a crise ecológica resultam do mesmo fenômeno: um sistema que transforma tudo - a terra, a água, o ar que respiramos, os seres humanos - em mercadoria, e que não conhece outro critério que não seja a expansão dos negócios e a acumulação de lucros. As duas crises são aspectos interligados de uma crise mais geral, *a crise da civilização capitalista industrial moderna*. Isto é, a crise de um *modo de vida* - cuja forma caricatural é o famoso *american way of life*, que, obviamente, só pode existir enquanto for privilégio de uma minoria - de um sistema de produção, consumo, transporte e habitação que é, literalmente, *insustentável*. Atualmente, a crise financeira - "como salvar os bancos e pagar a dívida" - é a única que preocupa os vários governos representativos do sistema, com a crise ecológica praticamente desaparecendo dos seus horizontes, como o demonstra o recente fracasso da Conferência Rio+20. Mas, do ponto de vista da humanidade, o maior perigo, a ameaça mais preocupante, é a crise ecológica, que, contrariamente à crise financeira, não tem solução nos marcos do sistema (Lowy, 2013, p. 79).

O filósofo Kohei Saito em recente entrevista dada a UOL, chama a atenção sobre a lógica da produção, que deixou de ser uma relação de intercâmbio entre homem e natureza, como tratou Marx, para se tornar uma relação entre mercadorias, onde é imperioso, para manutenção do modo de produção capitalista, sempre produzir mais:

De acordo com Marx, humanos e natureza têm esse tipo de interação metabólica, mas o capitalismo é sempre maior e mais rápido. Por isso nós produzimos e vendemos mais, sem levar em consideração a sustentabilidade dos recursos naturais, fazendo com que essa interação tenha problemas, fazendo com que alguma discrepância apareça. Foi isso que Marx criticou: o perigo do capitalismo. Enquanto o capitalismo continuar, a expansão infinita da economia continuar, haverá sérios problemas ecológicos (Saito, 2024, s.p).

Com relação aos conflitos e guerras, também entendidos como motivos para a migração, percebe-se a mesma lógica que obedece aos interesses do capital, isso porque:

Desde seu início, o capitalismo constituiu uma gigantesca riqueza monetária transnacional que escapa do controle dos estados, que não dá a mínima às decisões dos governos. Quando é necessário, axiomática capitalista faz com que seus interesses sejam conduzidos pelos estados no sentido de transformá-los em mecanismos de acumulação, de aceleração e de concentração. Esses mecanismos podem ser o regime colonial, a proteção industrial e as guerras comerciais, o regime fiscal e de dívida pública, e assim por diante. Foi através dos estados-nação que o capitalismo encontrou a possibilidade de circular livremente, sem obstáculos, tanto o fluxo do trabalho, quanto o fluxo do capital. Para ele, importa

pouco se trata de estados democráticos, neoliberais, social-democratas, totalitários, tiranias coloniais ou neocoloniais, ou ainda combinações entre eles, desde que cumpram o objetivo da valorização do capital no mercado mundial. (Fornazari, 2024, p. 45).

O mesmo autor (2024) destaca que o capital já se apropriara da guerra, desde pelo menos a Primeira Guerra, transformando-a em guerra industrial. Sendo assim, estamos diante de uma guerra diferente, definida em torno da expressão “guerra em meio à população”, que passa a moldar as relações de poder e se torna o dispositivo de controle e de “governamentalidade” e foi implementado para garantir a eficácia desses fluxos de acumulação ininterruptos (Fornazari, 2024).

Essa “governamentalidade” a que se refere o autor, ultrapassa a lógica de guerra exercida sobre uma população, e produz, também, divisões na população: “divisões de classe, de sexo, de raça e de subjetividade.” Isso ocorre porque para que o capital tenha sua produtividade assegurada, ele depende dessas divisões, “dessa nova governamentalidade que se expressa como guerra no seio das populações. Assim, tanto a guerra quanto o estado são instrumentalizados pelo capital.” (Fornazari, 2024, p. 46).

A concepção jurídica de Estado-nação, “[...] se constrói sobre a tríade: governo, povo e território, em que um povo estável (ou estabilizado), localizado em um território definido, é ligado a um governo e a um ordenamento jurídico que possui jurisdição (poder) sobre aquele território” (Baraldi, 2014, p. 16).

Na formação das civilizações, a migração humana esteve presente e foi fundamental para a concepção dos Estados Nacionais, como se tem atualmente. Sociedades se construíram através do deslocamento de pessoas que, após um dado período histórico passam a ser consideradas pertencentes a um local, a um Estado, que passa a regulamentar juridicamente esse movimento, instituindo critérios de entrada, saída e permanência daqueles que não são originários do território de destino.

Dessa forma, embora crie laços mais estreitos entre indivíduos, comunidades e sociedades além-fronteiras, as mudanças que ocorrem nos cenários social, cultural, econômico e político dos países envolvidos nesse movimento, trazem o desafio na formulação e implantação de políticas e o sucesso ou fracasso dessas políticas, que tem efeitos diretos sobre os migrantes e as sociedades de ambos os países. Isso porque, apesar das tentativas de regulamentação jurídica e ações pontuais, os migrantes internacionais são tratados pelo capital como força de trabalho barata ou de menor custo, além e sofrerem a todo tempo a pressão sobre aspectos das dimensões de suas relações sociais.

Apesar disso, em meio a infinitas dificuldades, contingentes de trabalhadores migram em busca de melhores condições de sobrevivência, mesmo que tendo de se submeter a trabalhos

precarizados, em que são furtados os seus direitos. E nessa dinâmica de superexploração e da expropriação, o Brasil não é exceção.

## 1.1 O INFLUXO MIGRATÓRIO PARA O BRASIL NO SÉCULO XXI

No período em que tem início a industrialização na Inglaterra, no Brasil está colocada uma realidade distinta, longe da maquinaria e da força de trabalho “livre” há uma realidade agrícola e escravocrata.

Lanza, Santos e Rodriguês (2016), observam que, na história nacional, o Brasil é um país que se formou e se desenvolveu pela recepção de outros povos, e que os migrantes marcam nossa formação social e política.

A primeira manifestação de fluxo migratório constituiu-se de portugueses, que vieram em busca de novas explorações de riquezas. Depois, houve a imigração forçada com o sequestro de africanos, escravizados pelos portugueses, por três séculos, e muitas cidades brasileiras foram construídas essencialmente por esses imigrantes. (Lanza; Santos; Rodrigues, 2016, p. 56).

Na complexidade da formação sócio-histórica brasileira, Brasil e Godinho (2020), entendem que se tem como primeira regulamentação legal no Brasil sobre o tema migração, a chamada “decisão 80”, isso porque, no ano de 1824, D. Pedro I estabeleceu que as terras de colônia alemã – na época denominadas de São Leopoldo (hoje, estado do Rio Grande do Sul) –, fossem reconhecidas como um local onde imigrantes europeus poderiam contribuir para o desenvolvimento nacional com o objetivo de fundação de colônias agrícolas.

Por outro lado, Costa, Souza e Barros (2019), estabelecem como marco legal inicial sobre o tema da migração a Carta Régia de 1808, que promove a abertura dos portos e que permite a “livre circulação de estrangeiros”, nesses locais.

Apesar de iniciada a chegada dos negros africanos no território brasileiro por volta de meados do século XVI, nenhuma legislação da época o considerava migrante. O escravo na condição de coisa e mercadoria, não foi considerado uma pessoa em deslocamento. De acordo com Gorender (1976),

Mercadoria ao mesmo título que as demais mercadorias, sujeito a idênticas relações de compra e venda, o escravo era livremente alienável. O escravismo implica um mecanismo de comercialização que inclui o tráfico de importação, os mercados públicos e as vendas privadas de escravos. O escravo não constitui um bem pessoal vinculado, mas alienável ao arbítrio do proprietário. Em

consequência, a família escrava não recebia reconhecimento civil e, mesmo com casamento sacramentado pela Igreja, como se dava no Brasil, marido e mulher, pais e filhos podiam ser separados e vendidos a senhores diferentes (Gorender, 1976, p. 78).

A regulamentação jurídica existente na época acerca dos negros escravizados era a mesma de Portugal, já que, se tratava do Brasil Colônia. E, dispunha, entre outros assuntos relacionados ao tema da escravidão e do negro como propriedade, o princípio de que o filho nascido de mulher escravizada, herdava o *status* da mãe e, portanto, também era mercadoria. Observa Gorender (1976), que a lógica aplicada aos escravos era a mesma aplicada aos animais domésticos e os seus filhos “eram crias de animais irracionais”. O autor destaca ainda que na legislação portuguesa, a qual o Brasil, na qualidade de colônia, estava submetido, este era o tratamento que se dava a essas pessoas, e cita que as práticas eram formalizadas pelos chamados “Alvarás” (nomenclatura dada aos dispositivos de lei portuguesa) entre eles, o de 6 de março de 1682, na Lei de 6 de junho de 1755, e no Alvará de 16 de março de 1773.

Alguns anos após a Independência (1822) e a proibição do tráfico de escravizados, entrou em vigor a Lei nº 601 de 1850, chamada Lei de Terras. Esta lei tem alguns aspectos importantes, visto que eram feitas propagandas a respeito do Brasil para que se incentivasse as pessoas a migrarem para cá, prometendo a elas, “*terra férteis para cultivar, passagens para virem e subsídios*”. Porém, essa era promessa feita para os migrantes europeus, preferencialmente alemães, já que estes eram considerados bons agricultores. Migrantes de outras etnias não eram bem-vindos, pois eram considerados de raças “inferiores”, a exemplo dos negros, chineses e hindus. Nesse sentido, a ordem de preferência para o recebimento dos migrantes se deu primeiro, entre os alemães, segundo entre italianos, e, depois, entre espanhóis, suíços e poloneses (Brasil; Godinho, 2020, p. 61).

Destaca-se que os critérios de aceite com relação a migração do europeu, envolvia característica vinculadas a sua moralidade, idade, saúde e profissão, diferente no caso dos asiáticos e africanos, onde imperava a condição racial. Neste sentido, tem-se o Decreto 528 de 1890 que autorizava a entrada no país de “indivíduos válidos e aptos” e que não tivessem cometido crime em seus países de origem, excluindo expressamente asiáticos e africanos, bem como, “mendigo e indigentes” (Brasil, 1890).

Posteriormente, tem-se a regulamentação do chamado Serviço de Povoamento pelo Decreto nº 9.081/1911, que mantém as promessas aos imigrantes de terra, subsídios e passagens e reafirma as características étnicas, de gênero, idade e nível social dos migrantes “desejáveis”.

O Brasil após a colonização, recebeu entre os anos de 1819 e 1940 cerca de cinco (05) milhões de migrantes. Posteriormente, o movimento migratório estagnou e o país passou a receber apenas os migrantes refugiados, judeus, sírios, libaneses e palestinos, em sua maioria (Santos, 2017).

Do período imperial até por volta dos anos de 1930, verifica-se, que o Brasil se orientou pela chamada xelofobia europeia, ou seja, “[...] o contrário de xenofobia, e refere-se ao sentimento de apreço por quem é estrangeiro” (Costa; Souza; Barros, 2019, p. 170). Sendo assim, os migrantes europeus eram bem-vindos, pois a visão que se tinha era de um povo trabalhador e ordeiro.

Em 1930, no início do Governo Provisório de Getúlio Vargas se tem uma alteração nesta dinâmica com as regulamentações de restrição de entrada de migrantes internacionais com a vigência do Decreto nº 19.482 de 12 de dezembro, conhecida como Lei de Cotas, que “[...] Limita a entrada, no território nacional, de passageiros de terceira classe, dispõe sobre a localização e amparo de trabalhadores nacionais, e dá outras providências”. Tais medidas permanecem nos anos seguintes chegando a fazer parte do texto constitucional de 1934 e mantidas na Constituição de 1937. O artigo 121, parágrafo 6º da Constituição de 1934, estabelecia que:

[...] A entrada de imigrantes no território nacional sofrerá as restrições necessárias à garantia da integração étnica e capacidade física e civil do imigrante, não podendo, porém, a corrente imigratória de cada país exceder, anualmente, o limite de dois por cento sobre o número total dos respectivos nacionais fixados no Brasil durante os últimos cinquenta anos (Brasil, 1934, s.p)

Durante o período do Estado Novo<sup>3</sup>, que vai de 1937 a 1945, as mudanças com relação a política migratória se mantiveram. Isso se deve ao fato de que os mesmos migrantes “desejados”, ou seja, os europeus, começaram a serem vistos como ameaça a “cultura nacional” em razão de todas as tensões que o mundo passava naquele momento – em que se destacam a Segunda Guerra Mundial e a estabilidade e o fortalecimento do regime comunista no leste da Europa, além da legação de que não assimilavam a cultura brasileira.

O Decreto-Lei nº 406 de 1938 marca uma grande intervenção do poder público em relação a composição étnica da população, de acordo com Wermuth (2020),

A expressão “assimilação” era utilizada, no póstico da lei, para legitimar a atuação do governo no sentido de limitar ou até mesmo suspender a entrada no Brasil de

---

<sup>3</sup> O Estado Novo é o período que vai 1937 a 1945, cuja centralização do poder é a marca implementada por Getúlio Vargas, através da instauração de um período ditatorial que se inicia sob o pretexto de combater uma “ameaça comunista”, é também o período de implementação do nacionalismo e da manutenção da segurança nacional.

indivíduos de determinadas raças e origens, por meio da instituição de um sistema de cotas que visava evitar a concentração das nacionalidades estrangeiras e impedir a entrada dos indesejados. Estabeleceu-se, então, o limite anual de 2% do número de estrangeiros de mesma nacionalidade chegados ao Brasil entre 1884 e 1933, sendo que 80% das cotas eram destinadas a estrangeiros agricultores ou técnicos de indústrias rurais. Vedava-se, assim, o ingresso no país de imigrantes que em nada poderiam contribuir com a economia nacional, a exemplo dos inválidos, doentes, ciganos, etc. (Wermuth, 2020, p. 2339).

Sendo assim, neste período, os migrantes tiveram que passar por um processo de “[...] subordinação às culturas e identidades brasileiras, com o intuito de forçar essa ‘assimilação’, que ia desde a proibição de línguas estrangeira na escola, assim como o uso de idiomas que não o português no cotidiano desses migrantes” (Brasil; Godinho, 2020, p. 62).

Entretanto, as práticas de restrição continuaram com o advento do Decreto-lei nº 3.175/1941, que previa a suspensão dos vistos permanentes e cumprimentos dos requisitos, com o intuito de incorporar os imigrantes, a cultura brasileira. Posteriormente, também com o Decreto-lei nº 7.967/45, que trata da “imigração dirigida”, restringia-se a liberdade dos imigrantes, prevendo que se ele viesse ao Brasil com um propósito não poderia exercer outra atividade sem a autorização dos fiscalizadores (Brasil; Godinho, 2020, p. 62), daí que a migração deveria ser “dirigida” para um fim.

Esse decreto foi revogado pela Lei nº 6.815/80, o conhecido Estatuto do Estrangeiro. Ainda, segundo os autores (2020), do final dos anos de 1950 e início de 1960, os países latino-americanos, e nesses, também o Brasil, foram excluídos da rota migratória, já que os migrantes preferiam deslocar-se aos chamados países de primeiro mundo, especialmente os Estados Unidos.

A Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 1946, “[...] apesar de seu viés democrático [encerrado o período o Estado Novo], não rompeu totalmente com a política migratória restritiva do regime anterior” (Costa; Souza; Barros, 2019, p.177) e continuou regendo as migrações sob o utilitarismo, no qual, em seu artigo nº 162, prevê “[...] a seleção, entrada, distribuição e fixação de imigrantes ficarão sujeitas, na forma da lei, às exigências do interesse nacional” (Brasil, 1946, s.p).

Esse período marca justamente um momento de cessação de políticas voltadas a atrair imigrantes ao país, o que persiste durante o período subsequente, quando, sob regime ditatorial e sob a influência da introdução da doutrina da segurança nacional, os imigrantes passam a ser rotulados como potenciais ‘inimigos’, tendo seus direitos amplamente restringidos (Wermuth, 2020, p. 2340).

Entre os anos de 1964 e 1985, período do regime militar no Brasil, os migrantes foram excluídos, proibindo-se a entrada no país daqueles que viessem em busca de melhores condições de vida, refúgio ou asilo, restrições estas aplicadas em nome da segurança nacional, como bem se torna evidente com a Constituição de 1967<sup>4</sup>. Especialmente nos anos 1980, a migração ainda tem o caráter produtivo e visando a segurança nacional, sem levar em consideração os Direitos Humanos.

Após os anos 1980, a migração volta a ser uma pauta importante no Brasil, já que, especialmente em razão da migração internacional (neste caso, com a saída de brasileiros do país) – ocasionada além da busca por condições melhores de trabalho, também pelo exílio político, em razão da perseguição da ditadura militar que se iniciou na década de 1960 –, os próprios brasileiros estavam vivendo fora do país em situação de vulnerabilidade e sem as mínimas condições de serem reinseridos e retornar ao país, entre elas, a falta de trabalho e cobertura da Previdência Social, além da entrada irregular de alguns trabalhadores e de suas famílias, que vieram especialmente da Bolívia e Paraguai, e que, no início dos anos de 2010, tem-se uma intensificação em função da expressiva chegada de haitianos e africanos. Esses elementos pós anos 1980, exigem do Brasil uma tomada de posição, dado que o aparato legal em vigor não dava conta dessa nova realidade (Brasil; Godinho, 2020).

O Estatuto do Estrangeiro, estabelecido pela Lei nº 6.815 de 1980, aborda o tema da migração ainda sob uma perspectiva securitária e discriminatória. De acordo com Wermuth (2020), no período em que vigorava o Estatuto, o governo militar era uma “máquina de matar gente” e utilizava-se do argumento da necessidade da “segurança nacional” para praticar tortura em larga escala. Sendo assim, o autor não considera que neste período possa se falar em uma “política migratória”, já que a ideia era manter longe os “inimigos” externos enquanto exterminava os internos.

Além disso, os dispositivos da lei em questão e os termos empregados pelos legisladores conferiam um poder amplo a eles, o que resultava numa insegurança muito grande para os migrantes que se colocavam à mercê de decisões subjetivas dos agentes da Polícia Federal. O Estatuto também previa várias restrições aos direitos dos migrantes, tais como: o de participar da administração e/ou representação de sindicato ou associação profissional e, ainda, proibia ao estrangeiro o exercício de atividade política, considerando-o um intruso (Wermuth, 2020).

---

<sup>4</sup> O contexto predominante, nessa época, era o de autoritarismo e a política da chamada segurança nacional, que visava combater inimigos internos ao regime, rotulados de “subversivos”. Instalado em 1964, o regime militar conservou o Congresso Nacional, mas dominava e controlava o Legislativo. Dessa forma, o Executivo encaminhou ao Congresso uma proposta de Constituição que foi aprovada pelos parlamentares e promulgada no dia 24 de janeiro de 1967. (Pontual, s.p).

Após a promulgação do Estatuto dos Estrangeiros no Brasil houve uma pressão dos Organismos Internacionais para que o Congresso Nacional editasse a legislação, vez que esta não considerava os tratados internacionais e os direitos fundamentais da pessoa humana, confirmando que a política de imigração possa ser realizada pelo Poder Executivo, sem precisar do aval do parlamento. Neste contexto, desde então, a política migratória brasileira é exercida por órgão específicos, como por exemplo, o Ministério das Relações Exteriores, Ministério do Trabalho e Emprego, bem como o Conselho Nacional de Imigração (CNIg), órgão responsável de articular a política migratória brasileira através da política de migração laboral (Brasil; Godinho, 2020, p. 63).

Conforme Brasil e Godinho (2020), na Constituição de 1988, o país adota os valores da solidariedade e da fraternidade, o que significa uma preocupação para com o outro e que cada um se preocupe com o todo. E com isso:

A perspectiva da construção de uma sociedade fraterna global, pela concepção de um espaço público mundial, a partir de um projeto cultural que tenha por fundamento o sentido da existência do humano traz um grande e novo desafio a humanidade, que na organização da própria convivência terá que, antes de priorizar a reivindicação do caráter funcional, deverá priorizar a reivindicação do caráter humano [...]. (Brasil; Godinho, 2020, p. 66).

Em um mundo globalizado em que o emprego e os direitos sociais são precários e o medo de conflitos e de falta de condições de sobrevivência é uma constante, o migrante, o refugiado e o apátrida são vistos como ameaças ao nacional e ao crescimento profissional e pessoal (Brasil; Godinho, 2020), o que torna o exercício dessa solidariedade e fraternidade um grande desafio, já que se trata de garantir o respeito a dignidade humana, outro princípio constitucional.

Melhor explicando, o princípio da dignidade humana é a qualidade intrínseca e distinta reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência da vida em comunhão com os demais seres humanos. (Brasil: Godinho, 2020, p. 68)

Com a Constituição Federal de 1988 e os Tratados Internacionais sobre o tema, ficou evidente a necessidade de uma nova legislação brasileira que estivesse em consonância com os valores desses dispositivos legais. É importante destacar que os direitos dos migrantes e refugiados está diretamente relacionado a **Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948**, promulgada pela Organização das Nações Unidas (ONU), que inicia a criação do Sistema Internacional dos

Direitos Humanos, ao qual também está relacionado aos direitos dos refugiados, discussão que se inicia na Convenção dos Refugiados de 1951 e o protocolo Adicional de 1967 (Brasil; Godinho, 2020).

Sendo assim, segundo os autores, o governo brasileiro tratou do assunto de duas maneiras:

Na primeira, seguiu-se a receita dos Estados Unidos e da União Europeia, promovendo a regularização dos estrangeiros que residiam há determinado tempo no país. Essa medida não conseguia atender a todos que se encontravam nessa situação, não resolvia o essencial – a necessidade de uma política migratória clara, que abarcasse ao menos, os eixos da regulação, integração e cooperação internacional, seja qual fosse o viés ideológico que orientasse tais políticas. Na segunda, o CNIg, passou a enfrentar o problema emitindo, pontualmente, Resoluções Normativas para cada questão surgida. Não obstante avanços importantes em aspectos humanitários, proteção, livre circulação dos trabalhadores do MERCOSUL, entre outros, o que se produziu foi um verdadeiro emaranhado normativo, que estava longe de afrontar as questões migratórias com a necessidade e profundidade requeridas. Deve-se enfatizar que, nesse ínterim, o país também aderiu a medidas internacionais que visam à proteção e garantias dos direitos dos imigrantes, como na questão da Convenção Contra o Crime Organizado e o Tráfico de Pessoas, em 2004 (Brasil; Godinho, 2020, p. 64).

De acordo com Uebel, Brígido e Ribeiro (2020), a atual apresentação do cenário migratório brasileiro pode ser dividida em quatro períodos distintos: 1) o primeiro se iniciou **em 1997**, com a Lei do Refúgio; 2) o segundo período, nos anos de 2003 a 2010 através da reorientação da política externa brasileira para imigrantes e refugiados<sup>5</sup> no governo de Luís Inácio Lula da Silva; 3) o terceiro período teve início em 2014, através da Conferência Nacional sobre as Migrações e Refúgio e esteve, vigente até o início da aprovação da nova Lei de Migração (Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017), quando, finalmente esta foi aprovada, 4) datando o início do quarto período caracterizado.

Uebel *et al.* (2020) acrescenta que é importante ressaltar que, desde 1997, através da Lei nº 9.474 de 1997 (a Lei do Refúgio), o Estado brasileiro adota um conceito mais amplo de “refugiado”, incluindo graves violações de Direitos Humanos como fundamento para se solicitar refúgio,

---

<sup>5</sup> Com um crescimento de 138,76% entre 2003 e 2010, a imigração latino-americana para o Brasil foi potencialmente moldada a partir das questões políticas e econômicas do continente, e igualmente fomentada pela inserção estratégica brasileira por meio da reorientação da sua política externa, conduzida pelo chanceler Celso Amorim dentro de uma agenda progressista e aproximação com os nossos vizinhos e parceiros históricos. (Uebel, 2018).

conforme previsto na Declaração de Cartagena<sup>6</sup> de 1984. No entanto, quando de sua aprovação, a Lei nº 6.815 de 1980, Estatuto do Estrangeiro, ainda estava em vigor.

Os autores (2020) em questão continuam explicando que apesar deste fato, em 2012, em uma Resolução Normativa (a de nº 97) do Conselho Nacional de Imigração<sup>7</sup> (CNIg), passou-se a permitir a concessão de vistos, por razões humanitárias, aos imigrantes haitianos. Esses vistos tinham duração de cinco (05) anos e poderiam ser prorrogados em caso de o migrante estar trabalhando no Brasil. Posteriormente, através da Resolução Normativa nº17/2013 do Comitê Nacional para Refugiados<sup>8</sup> (CONARE), esse tipo de visto foi também dado aos imigrantes sírios. E, em março de 2017, o CNIg, através da Resolução nº 126/2017, foi concedida residência temporária por dois (02) anos a migrantes que são natos de países que fazem fronteira com o Brasil e que chegaram até aqui por via terrestre.

Em maio de 2017, o Projeto de Lei nº 288 de 2013, finalmente, se converteu na Lei nº 13.445 de 2017 e revogou o Estatuto do Estrangeiro, “[...] tendo como base a proteção dos direitos humanos, repúdio a qualquer forma de discriminação, não criminalização da migração, acolhida humanitária e inclusão social e laboral do migrante” (Uebel; Brígido; Ribeiro, 2020, p. 11).

Em comparação aos principais documentos internacionais sobre migração, é possível afirmar que a legislação brasileira é bastante avançada. Com relação ao conceito de refugiado previsto no Estatuto e em seu Protocolo, a legislação brasileira possui conceito mais amplo, seguindo as normativas regionais (Declaração de Cartagena, Convenção Africana e o Sistema Europeu Comum de Asilo). Dessa forma, se permite que maior número de migrantes forçados receba proteção, conforme previsão no Pacto Global de Migrações. A nova Lei de migração também é inovadora ao trazer conceitos de acolhida humanitária e da não criminalização da migração internacional (Uebel; Brígido; Ribeiro, 2020, p. 11).

---

<sup>6</sup> A Declaração de Cartagena, inaugurou um novo horizonte relativo à proteção dos refugiados, e da conceituação do termo, à medida que arrolou a violação massiva de direitos humanos como motivo para que o indivíduo seja reconhecido como refugiado. (Lima, 2016).

<sup>7</sup> O Conselho Nacional de Imigração (CNIg) foi criado pela Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, revogada pela [Lei nº 13.445](#), de 24 de maio de 2017. As competências do CNIg estão dispostas no [Decreto nº 9.873](#), de 27 de junho de 2019 e no [Decreto nº 9.199](#), de 20 de novembro de 2017. O CNIg é órgão quadripartite, composto por representantes de órgãos federais, representantes dos segmentos de empregadores e de trabalhadores, além de representante da sociedade civil. Atualmente o Conselho possui 14 membros titulares, sendo 07 (sete) órgãos federais, 03 (três) centrais sindicais, 03 (três) confederações de empregadores e 01 (um) representante da comunidade científica e tecnológica, cujas principais atribuições são: a) formular a política nacional de imigração; b) Coordenar e orientar as atividades de imigração laboral e c) efetuar o levantamento periódico das necessidades de mão-de-obra imigrante qualificada; d) Promover ou fornecer estudos de problemas relativos à imigração laboral. (BRASIL, 2019)

<sup>8</sup> Comitê Nacional para os Refugiados, que visa promover a integração local dessa população, e um órgão multiministerial do qual participam o governo, a sociedade civil e a ONU, por meio da ACNUR (ACNUR. s/a).

Os autores (2020) complementam que em 2018 foi reconhecida a necessidade de acolhimento humanitário aos venezuelanos, através do Decreto nº 9.285 e, em seguida, a Lei nº 13.684 de 2018, que trata da assistência emergencial para as pessoas em situação de vulnerabilidade ocasionada pelas migrações em razão de crise humanitária. Além de portarias que objetivam facilitar a autorização de residência para nacionais de Cuba (integrantes do programa Mais Médicos, República Dominicana, Senegal), há a autorização de vistos humanitários e de residência para sírios e haitianos (Uebel; Brigido; Ribeiro, 2020). Destacam Brasil e Godinho (2020) que

Os imigrantes internacionais são quase 150 milhões neste início de século, na medida em que definimos como migrantes todas pessoas residentes em um país estrangeiro, ou seja, 2,5% da população mundial. Eram 75 milhões em 1965 e 120 milhões em 1990, segundo números disponíveis. E, ainda que inexatas essas estimativas calculadas unicamente nos estoques, evidenciam a progressão dos deslocamentos nos últimos quarenta anos. Mas as previsões são ainda mais altas se considerarmos que, segundo algumas fontes, até o final do século, que 1 bilhão de pessoas estarão se deslocando (Brasil; Godinho, 2020, p. 65).

Nas últimas duas décadas, houve um avanço considerável nas imigrações – partindo de 196 mil imigrantes em 2002 para 2,1 milhões em 2018, conforme dados da Polícia Federal, CNIg, IBGE e compilados por Uebel em sua tese de doutorado de 2018 (Uebel; Brigido; Ribeiro, 2020). Dessa forma, verifica-se no Brasil a lógica de crescimento do movimento migratório.

Esses imigrantes chegam ao país por diversas razões, mas com o motivo central de encontrarem oportunidade de trabalho, mesmo que em muitas situações, um trabalho análogo a escravidão. Tem-se um aumento expressivo de migrantes de países próximos ou vizinhos ao Brasil, como Bolívia, Argentina, Uruguai, Chile, Peru, Colômbia, Paraguai e Venezuela que vêm ao país a procura de melhores condições de trabalho, com níveis de mobilidades determinadas, muitas vezes, pela condição de classe social em que se encontra, produtos e informações, sendo estes o primeiro grupo de pessoas migrantes a adentrarem no “circuito” migratório atual.

Além disso, em número menor, mas existente, tem-se também, como destaca Uebel (2016), a alteração em algumas características desses grupos de migrantes, movida pela inserção do Brasil na agenda econômica internacional. Ocorre que, nesse período de início dos anos 2000, o país passou a atrair migrantes para ocuparem cargos especializados e com mão de obra qualificada, o que embora em quantidade modesta, resultou em um aumento de migrantes de nacionalidades como, portuguesa, japonesa, italiana, estadunidenses, britânicas, alemães, entre outras, e que sofriam com o desemprego em seus países de origem, especialmente em razão da crise de 2008 – estes, consistem no segundo grupo de pessoas que vem se deslocando.

Como indica o mesmo autor, finalmente há um terceiro grupo de pessoas que faz parte dessa onda migratória, sendo este o de países que possuem laços históricos de migração com o Brasil: é o caso de Portugal, Itália e Espanha, ou seja, países cujo movimento migratório com o Brasil é historicamente intenso, alterando-se conforme as condições econômicas e sociais de cada um (Uebel, 2016).

Em destaque, ainda segundo o autor, Uebel (2016) temos o caso do Haiti, que até o ano de 2000 não contava com nenhum caso de migração com o Brasil e, em 2014 contabilizava 20.108 migrantes dessa nacionalidade, números esses contestados por organizações, que afirmam ser bem maiores. Uma observação importante a se fazer é a de que a migração haitiana se deve principalmente pela ocorrência de uma guerra civil no país e ao terremoto ocorrido no ano de 2010.

Por fim, os autores, Uebel, Brígido e Ribeiro (2020) destacam sobre as importantes mudanças na condução da política migratória apesar da alternância de governos no país, e ressaltam o fato do governo de Jair Messias Bolsonaro, ter, logo no início do seu mandato, declarado que o Brasil não participaria mais do Pacto Global de Migrações<sup>9</sup> e a questão preocupante da xenofobia. Não é suficiente a existência da previsão legal se não há cumprimento da lei pela sociedade. E nesse caso, o posicionamento, adotado por aquele governo foi um agravante, já que

A desassociação do Brasil desse projeto atrasa nossa experiência histórica de país aberto e integrado à circulação de pessoas. Tanto as que partem quanto as que chegam, um ir e vir que contemporaneidade facilita. [...] . A tentativa de Bolsonaro e sua equipe de retomar a perspectiva da segurança nacional na definição da política migratória do Brasil é o sonho (ou pesadelo) de retorno as diretrizes securitárias de períodos ditatoriais, como a Era Vargas e o Regime Militar. Ações de governo tem delineado um campo restritivo [...]. Seria necessário destruir um arcabouço jurídico-conceitual que sustenta a democracia brasileira. A Constituição Federal e a Lei de Migração de 2017 são sustentáculos de uma estrutura legal flexível e humanista sobre a circulação fronteira de pessoas. (Mendes; Menezes, 2019, p. 316).

Mendes e Menezes (2019) concluem que o movimento migratório de brasileiros deveria ser um contrapeso de equilíbrio para o país repensar as suas políticas de acolhimento. Jair Bolsonaro se alinhou aos pensamentos e atitude de governantes xenofóbicos, como foi o primeiro governo de Trump, por exemplo, que fechou territórios “[...] como se o movimento de pessoas não fosse parte inexorável e inevitável da trajetória humana sobre a terra” (Mendes; Menezes, 2019, p. 317).

---

<sup>9</sup> É um pacto realizado entre 164 países, assinado pelo governo Temer em dezembro de 2018. O pacto é uma tentativa de iniciar um processo multilateral para resolução de problemas que afetam os deslocamentos humanos e prevê 23 metas e compromisso entre os signatários. Um deles é a redução dos fatores estruturais que levam as pessoas a migrar e o combate ao tráfico humano. (Mendes; Menezes, 2019, p. 308).

De acordo com os dados divulgados pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), por meio da Secretaria Nacional de Justiça (SENAJUS), de 2010 a agosto de 2024 o Brasil registrou a entrada de 1.700.686 migrantes, entre residentes permanentes, temporários e fronteiriços. Além disso, o País reconheceu 146.109 pessoas como refugiadas e recebeu 450.752 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado.

O boletim destaca que, no período em questão, o maior fluxo migratório é de migrantes vindos da Venezuela (500.636), do Haiti (183.102) e da Bolívia (110.795). Sendo reconhecidos como refugiados, em sua maioria, migrantes da Venezuela (134.089), da Síria (4.100) e da República Democrática do Congo (1.158). Os solicitantes de refúgio têm como principais nacionalidades, a venezuelana (257.186), a cubana (41.800) e a haitiana (40.483).

O relatório considerou os mais de 1,7 milhão de migrantes como nacionais que obtiveram autorização de residência no Brasil de forma permanente ou com prazo determinado. Bem como, são considerados migrantes pessoas nascidas em países de fronteira, mas que residem em um país vizinho.

Com relação aos 146.109 refugiados no Brasil, são considerados como tal apenas aqueles que tiveram a solicitação aceita pelo Comitê Nacional para Refugiados (Conare), com base na Lei nº 9.474/1997. Destacando que outros 450.752 pedidos de reconhecimento da condição de refugiado estão em análise no Conare e essas pessoas que aguardam a deliberação do comitê são contabilizadas no fluxo migratório com os refugiados e com os migrantes.

Além do quadro nacional de migrantes, refugiados e solicitantes de refúgio, o Boletim das Migrações traz informações do documento Comunidades Brasileiras no Exterior, produzido pelo Ministério das Relações Exteriores (MRE), com números atualizados sobre a quantidade de brasileiros que vivem no exterior. E informa que em 2023, eram 4,9 milhões de pessoas, que estavam, principalmente, nos Estados Unidos, em Portugal, no Paraguai, no Reino Unido e no Japão.

No ano de 2024 os dados do mesmo Observatório (Obmigra), que reúne informações por meio do acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), o Ministério do Trabalho e Emprego, o Ministério das Relações Exteriores (MRE), a Polícia Federal, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Universidade de Brasília (UnB), divulgou o registro de 194.331 novos migrantes no Brasil. Os venezuelanos lideraram a lista das principais nacionalidades que solicitam autorização de residência (94.726 pessoas) e refugiados reconhecidos (12.726) (Obmigra, 2024).

E destaca que, com relação aos motivos que levaram pessoas de outras nacionalidades a solicitar abrigo no Brasil em 2024 estão: reunião familiar (16.567), trabalho e investimentos (14.507) e estudo (8.725). E observa que, apesar de representarem números menores, os pedidos para cumprir missão religiosa (2,3 mil), registrar como fronteiriços (1.966) e receber acolhida humanitária (4.317) também são considerados no levantamento.

A migração internacional, portanto, coloca o Brasil num cenário de grandes desafios, pois, apesar de fazer parte da própria construção desse Estado-Nação, até hoje não há uma política pública que atenda a população migrante, é o que afirma Pinheiro (2018): “Mesmo com um histórico de imigração, o Brasil ainda não constituiu uma política sólida o suficiente para recepcionar contingentes de trabalhadores cada vez maiores e cada vez mais pauperizados que chegam irregularmente ao País. (Pinheiro, 2018, p. 101). E cita como exemplo o fato de que: “O Brasil é o único país da América do Sul a não reconhecer o direito dos imigrantes de votar e serem votados em nenhum nível da administração política, direito vedado pela Constituição Federal de 1988, resultante dos resquícios do Estatuto do Estrangeiro (Lei nº 6.815 de 19 de agosto de 1980)” (Pinheiro, 2018, p. 110).

As expectativas de construção dessa Política Migratória ganharam força após a segunda <sup>10</sup>Comigrar, onde espera-se que sejam implementadas as propostas aprovadas. Neste sentido há a promessa do atual governo federal de instituir uma política nacional migratória ainda neste ano de 2025.

Além da incerteza, com relação a construção e vigência do prometido Decreto-Lei que regulamentará a questão migratória, também há queixas diversas sobre como o atual governo tem agido em relação essa temática.

Uma delas é o fato de o governo federal ter decidido atrelar a emissão de vistos humanitários para haitianos à capacidade de acolhimento de uma determinada entidade da sociedade civil – algo que já é demandado em relação aos afegãos e que ainda não funciona na prática, pois o processo de reconhecimento das ONGs habilitadas ainda está em curso. A medida, defendida como uma forma compartilhada de gestão migratória com a sociedade civil, é vista como um jeito do poder público de se eximir de atribuições que deveriam caber a ele de forma geral (Migramundo, 2025, s.p).

---

<sup>10</sup> A Comigrar-MDHC, de acordo com o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania é uma Conferência de iniciativa da Secretaria Nacional dos Direitos Humanos e da Cidadania que visa dar “visibilidade a pessoas migrantes e suas demandas sociais, além da discussão sobre outras questões que envolvem o tema da migração.

Outra medida criticada é com relação ao não acolhimento de migrantes que chegam em solo brasileiro sem visto para o país. A medida passou a vigorar em agosto do ano de 2024 e atinge os migrantes que estejam em trânsito aéreo com destino para outro país.

A explicação dada pelo governo, é a de que a Polícia Federal tem identificado um padrão em que migrantes de diferentes nacionalidades têm seus bilhetes aéreos emitidos com destino a países sul-americanos, mas com escala principalmente no Aeroporto Internacional de Guarulhos (SP), e quando chegam solicitam refúgio no Brasil.

As autoridades constataram que a maioria desses indivíduos não permanecem no país, e utilizam o território nacional apenas como ponto de passagem para outros destinos, especialmente os Estados Unidos. No entanto, de acordo com o Ministério Público Federal (MPF), a nota técnica, não tem força de lei e extrapola seus limites ao restringir indevidamente o direito de migrantes solicitarem refúgio, pois contraria Lei de Migrações (Lei 13.445/2017) e a Lei nº 9.474/1997, Estatuto dos Refugiados, já que, não há nenhuma previsão nestas Leis sobre as condições de chegada do migrante internacional ou condicionamentos com relação ao direito de solicitação de refúgio.

## 1.2 TRATADOS INTERNACIONAIS E A LEI DE MIGRAÇÃO NO BRASIL: SOBRE O DIREITO DE SER CIDADÃO NO MUNDO

A condição jurídica dos migrantes é determinada pelas legislações nacionais dos países de acolhimento, enquanto os refugiados e apátridas são protegidos por leis e acordos internacionais. Tais regulamentações se colocaram necessárias tendo em vista que, desde tempos remotos, a história tem sido marcada por migrações compulsórias e impulsionadas por vários fatores, desde escravização de populações, conflitos armados e crises humanitárias até perseguições religiosas e limpeza étnica. Além disso, há consequências diretamente relacionadas com o modo de produção capitalista, como desastres naturais e alterações ambientais, a construção de infraestruturas de grande escala, a expansão de áreas agrícolas e de pastoreio.

Diante do caos que a humanidade atravessou com a Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) pactuou a Declaração dos Direitos Humanos, objetivando a superação das terríveis consequências da referida guerra e na tentativa de evitar que a experiência se repetisse.

Considerando que os direitos humanos devem ser garantidos a todas as pessoas, é importante compreender como os tratados internacionais têm tratado a questão migratória. E

em particular, como o Brasil vem se posicionado com relação a esses tratados e regulamentando o tema da migração, isso porque:

[...] os direitos humanos são universais no sentido de que aquilo que é considerado um direito humano no Brasil também deverá sê-lo com o mesmo nível de exigência, de responsabilidade e de garantia em qualquer país do mundo, porque eles não se referem a um membro de uma sociedade política; a um membro de um Estado; eles se referem à pessoa humana na sua universalidade. Por isso são chamados de direitos naturais, porque dizem respeito à dignidade da natureza humana. São naturais, também, porque existem antes de qualquer lei, e não precisam estar especificados numa lei, para serem exigidos, reconhecidos, protegidos e promovidos (Benevides, 2009, p. 5).

Importante ressaltar que o Brasil é signatário da Convenção de Viena sobre os Direitos dos Tratados, de 1993, que define os tratados como acordos internacionais realizados por escrito entre Estados e regidos pelo Direito Internacional, e podem constar de um instrumento único, ou de dois ou mais instrumentos conexos, podendo ter variadas denominações.

No caso, os tratados sobre os direitos humanos, são, portanto, convenções entre Estados e/ou Organizações Internacionais que versam sobre direitos que possam concretizar a dignidade humana. Neste sentido, ao ser signatário de um Tratado Internacional, o Estado afirma seu compromisso em executá-lo em seu território e, conseqüentemente, em caso de descumprimento poderá sofrer conseqüências.

É o presidente da República quem possui a competência privativa para celebrar tratados, convenções e atos internacionais, na forma do artigo 84, VIII, da Constituição Federal. Porém, os tratados internacionais também devem ser referenciados pelo Congresso Nacional, o que traduz a aplicação do Modelo de Duplicidade de Vontades.

Historicamente, em termos de Tratados sobre a questão migratórias, destaca-se que antes de promulgada a Declaração de Direitos Humanos (1948), o Brasil já era signatário da Constituição da Organização Internacional dos Refugiados (Comisto) de 1947, o que possibilitou participar de uma Comissão Preparatória que visava cumprir as funções da Organização Internacional para Refugiados (OIR), enquanto ela ainda não estava em vigência. Sendo assim, o Brasil começa a receber e acolher refugiados políticos europeus, principalmente austríacos (Andrade, 2005).

No ano seguinte, 1948, foi promulgada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o que impõe a todos os países, o compromisso com alguns princípios e direitos fundamentais de todos os seres humanos.

Para Bobbio (2004) a luz da Declaração Universal dos Direitos Humanos, todos os homens passam a ser, idealmente, sujeitos do direito internacional e adquirem o que chama de cidadania mundial, e afirma ainda, que só haverá uma paz estável, quando os cidadãos não forem considerados como apenas de um Estado, mas como cidadãos do mundo. Nesse sentido:

A cidadania mundial, em sua essência histórico-múltipla-cosmopolita – estende-se a todos os indivíduos, finalmente até aqueles então considerados não-cidadãos – os estrangeiros -vale dizer, a qualquer pessoa: homem ou mulher, jovem ou velho, proprietário ou não proprietário, trabalhador ou não trabalhador, residente ou não residente no território de um Estado – podendo todos os indivíduos assim se tornarem cidadãos [...] (Dal Ri Junior; Oliveira, 2002, p.16).

Após a Declaração em questão, inicia-se um período de elaboração de tratados internacionais sobre o tema da migração, e em novembro de 1953 é celebrada a Constituição do Comitê Intergovernamental para Migrações Europeias (CIME), que diferente da Organização Internacional para Refugiados (OIR), que tratava exclusivamente de refugiados, visava organizar o processo de migrações europeias, de uma forma geral (Santos, 2021).

Anteriormente, em 1951 o Estatuto do Refugiado passa a vigorar, definindo quem pode ser considerado refugiado e estabelecendo os direitos dessas pessoas para as quais é concedido o direito de asilo. Além disso, também prevê as responsabilidades das nações concedentes.

Este Estatuto consolidou instrumentos jurídicos internacionais prévios relativos a essa população e forneceu uma codificação dos direitos dos refugiados a nível internacional e estabeleceu diretrizes básicas para o tratamento dessa população, mas não impôs limites para que os Estados possam desenvolver esse tratamento.

Como a Convenção só abrangia os eventos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951 e com novas situações geradoras de conflitos que se colocavam historicamente, houve a necessidade de medidas de proteção que abarcassem os novos fluxos de refugiados.

Assim, um Protocolo foi preparado e submetido à Assembleia Geral das Nações Unidas em 1966. Esse Protocolo foi assinado pelo Presidente da Assembleia Geral e o

Secretário-geral no dia 31 de janeiro de 1967 e passou a vigorar a partir de 4 de outubro de 1967.

Com isso, os países foram orientados a aplicar as medidas nele previstas para todos os refugiados que obedecessem aos critérios constantes na carta, porém não estabeleceu um limite de datas e de espaço geográfico para aplicação dessas medidas.

Apesar desse Protocolo estar atrelado a Convenção, ele é um instrumento independente cuja ratificação não é exclusivamente aplicada aos Estados signatários da Convenção de 1951.

O artigo 1º da Convenção que instituiu o Estatuto do refugiado, emendado pelo Protocolo de 1967, define o migrante refugiado como sendo:

toda a pessoa que, em razão de fundados temores de perseguição devido à sua raça, religião, nacionalidade, associação a determinado grupo social ou opinião política, encontra-se fora de seu país de origem e que, por causa dos ditos temores, não pode ou não quer fazer uso da proteção desse país ou, não tendo uma nacionalidade e estando fora do país em que residia como resultado daqueles eventos, não pode ou, em razão daqueles temores, não quer regressar ao mesmo. (ONU, 1967)

Em 1961, entra em vigor no Brasil a Convenção sobre o Estatuto dos Refugiados que também instituiu o Alto-Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), além de substituir a legislação da antiga OIR. (Brasil, 1961).

Ainda na mesma década de 1960 o Brasil adotou a Convenção sobre Trabalhadores Migrantes da Organização Internacional do Trabalho de 1949 (Brasil, 2019) e em 1965 se torna signatário da Convenção Internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial (ONU, 1965)

Uma década depois, em 1975, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), aprovou a Convenção sobre Imigrações Efetuadas em Condições Abusivas e Sobre a Promoção da Igualdade de Oportunidades, contudo esta convenção não foi adotada pelo Brasil, em virtude da incompatibilidade com a política migratória brasileira desta época que era voltada para a segurança nacional (OIT, 2016).

Em 1984 é instituída a Declaração de Cartagena, que de acordo com a ACNUR “é um dos instrumentos jurídicos mais importantes sobre proteção e soluções na América Latina e no Caribe nas últimas décadas. Ela foi um marco na generosa tradição de solidariedade, asilo e proteção às pessoas refugiadas, consolidando a cooperação na região. (ACNUR).

De acordo com Lima, a Declaração de Cartagena, inaugurou um novo horizonte relativo à proteção dos refugiados, e da conceituação do termo, à medida que arrolou a violação massiva de direitos humanos como motivo para que o indivíduo seja reconhecido como refugiado (Lima, 2016).

Em 1990, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros de suas Famílias. Esta convenção está tramitando na Câmara dos Deputados, o último ato ocorreu em 5 de maio de 2022 que consistiu na criação de uma Comissão Especial pela Presidência para a avaliação da convenção (Brasil, 2010).

No dia 10 de dezembro de 2018, o Brasil adotou o Pacto Global pela Migração. Porém, antes disso, o governo Temer que iniciou em 2017 - após o golpe contra o governo da Presidenta Dilma Rousseff - tentou implementar ações de restrição e de controle de fronteiras, porém, como não obteve sucesso, cedeu aos “motivos humanitários” e promoveu a chamada Operação Acolhida, organizada pelo exército e ainda em curso.

A Operação Acolhida é uma resposta humanitária do Governo Federal para o fluxo migratório intenso de venezuelanos na fronteira entre os dois países. Criada em 2018, com o objetivo de garantir atendimento aos refugiados e migrantes venezuelanos, a Operação Acolhida consiste na realocação voluntária, segura, ordenada e gratuita dessas pessoas, em situação de vulnerabilidade, dos municípios de Roraima para outras cidades do Brasil. (Brasil, 2025, s.p).

No mesmo ano de início do governo Temer, também entrou em vigor a Lei de Migração nº 13.445 de 2017 que revogou o Estatuto do Estrangeiro, “tendo como base a proteção dos direitos humanos, repúdio a qualquer forma de discriminação, não criminalização da migração, acolhida humanitária e inclusão social e laboral do migrante”. (Uebel; Brígido; Ribeiro, 2020, p. 11)

Destaca-se que a Lei foi sancionada após muitos e significativos vetos contidos no Decreto nº 9.199 de 20 de novembro de 2017 e parte significativa da doutrina assinala que o regulamento com trezentos e dezenove disposições, consegue por vezes comprometer o papel da Lei de Migração, diminuindo o alcance das precisões legais e ilegítima a vontade do legislador. (Brasil; Godinho, 2020, p. 73).

Sodré e Lima, elencam o que entendem como principais vetos:

[...] à ocupação de cargo, emprego e função pública por migrantes; concessão automática de residência no país a aprovados em concursos públicos; utilização de serviços públicos de saúde, assistência social e previdência; direito de reunião familiar em casos de outros parentescos, dependência afetiva, ou fatores de sociabilidade; revogação de expulsões anteriores a 1988 e anistia para migrantes ingressado sem documentos até julho de 2016; não expulsão de migrantes residentes no Brasil por mais de 4 (quatro) anos que cometessem crimes, não exigência de prova documental impossível ou descabida que dificulte ou impeça o exercício de seus direitos, inclusive o acesso a cargo, emprego ou função pública; dispensa do serviço militar de brasileiros por opção ou naturalizados que já tenham cumprido suas obrigações militares no país de origem; além da livre circulação de povos indígenas e populações tradicionais em terras ocupadas por seus ancestrais (Sodré e Lima, 2020, s/p).

Esses vetos significaram a diminuição de importantes conquistas para a população migrante, além de violarem o sistema interamericano de proteção ao qual se vincula o Estado brasileiro, já que viola a discricionariedade do legislador que construiu um Projeto de Lei em consonância com as diretrizes internacionais e os Direitos Humanos.

Com relação ao sistema interamericano, o Brasil é signatário da Convenção Americana sobre Direitos Humanos (CADH), Pacto de São José da Costa Rica que é uma Convenção com duas partes, onde a primeira, ou Parte I, prevê os direitos e garantias dos cidadãos de países aderentes, membro da Organização dos Estados Americanos (OEA) e na segunda parte, ou Parte II, institui os órgãos de proteção e efetividade. Tais órgãos são a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, que tem a função e a cooperação entre os Estados- membros e a segunda, Corte Interamericana de Direitos Humanos a qual cabe apreciar e julgar causas referentes a violações de direitos dessa natureza.

Importante destacar que tal Convenção foi concluída e assinada no ano de 1969, porém em razão do Regime Militar em que vários países da América enfrentavam, entre eles o Brasil, bem como, a Guerra fria, fizeram com que apenas em 1992 ocorresse a promulgação do pacto. Isso porque, a Convenção só poderia iniciar sua vigência quando contassem com 11 assinaturas, o que veio a ocorrer apenas após a redemocratização e acrescenta-se que:

[...] a introdução completa da Convenção Americana de Direitos Humanos no ordenamento jurídico nacional ocorreu somente no ano de 1998, quando editado o Decreto Legislativo nº 89, reconhecendo a compulsoriedade da jurisdição da Corte Interamericana de Direitos Humanos, instituída na Parte II da Convenção e, portanto, tornando obrigatório o cumprimento de suas decisões. A aprovação da compulsoriedade dos julgamentos da Corte vem a ser promulgada apenas alguns anos depois com o Decreto nº 4.463 de 08.11.2002 (Sodré; Lima, 2020, s.p).

Tal Convenção, no que se refere ao deslocamento e acolhimento de pessoas, estipula regras dos direitos humanos dos migrantes, onde não leva em consideração a questão da nacionalidade, podendo ser inclusive apátrida, e sim, a sua condição humana, que deve ser observada pelos ordenamentos jurídicos nacionais que devem ser cumpridos em respeito da dignidade humana, sem exceção. Nesse sentido, o artigo 22 da Convenção prevê o Direito de circulação e de residência, da seguinte forma:

1. Toda pessoa que se ache legalmente no território de um Estado tem direito de circular nele e de nele residir em conformidade com as disposições legais.
2. Toda pessoa tem o direito de sair livremente de qualquer país, inclusive do próprio.
3. O exercício dos direitos acima mencionados não pode ser restringido senão em virtude de lei, na medida indispensável, numa sociedade democrática, para prevenir infrações penais ou para proteger a segurança nacional, a segurança ou a ordem pública, a moral ou a saúde públicas, ou os direitos e liberdades das demais pessoas.
4. O exercício dos direitos reconhecidos no inciso 1 pode também ser restringido pela lei, em zonas determinadas, por motivo de interesse público.
5. Ninguém pode ser expulso do território do Estado do qual for nacional, nem ser privado do direito de nele entrar.
6. O estrangeiro que se ache legalmente no território de um Estado-Parte nesta Convenção só poderá dele ser expulso em cumprimento de decisão adotada de acordo com a lei.
7. Toda pessoa tem o direito de buscar e receber asilo em território estrangeiro, em caso de perseguição por delitos políticos ou comuns conexos com delitos políticos e de acordo com a legislação de cada Estado e com os convênios internacionais.
8. Em nenhum caso o estrangeiro pode ser expulso ou entregue a outro país, seja ou não de origem, onde seu direito à vida ou à liberdade pessoal esteja em risco de violação por causa da sua raça, nacionalidade, religião, condição social ou de suas opiniões políticas.
9. É proibida a expulsão coletiva de estrangeiros (OEA, 1969, s.p).

Contudo com a chegada do governo Bolsonaro em 2019, o país deixou de participar do pacto Global pela Migração, sob a justificativa de que o acordo afrontava a segurança nacional do país (BBC, 2019). E em 2023 com a mudança de governo, o presidente Luís Inácio Lula da Silva, anunciou a volta ao pacto.

Nas últimas décadas, somente dois presidentes eleitos contemplaram o tema da Migração, nas suas propostas de campanha, entre eles, o atual, que apesar de considerar que o assunto está no cerne das chamadas medidas de reconstrução, ainda não trouxe um olhar mais aprofundado sobre a questão.

O governo tem mantido uma postura favorável ao acolhimento de refugiados, porém não há política que oriente e realize esse acolhimento de maneira satisfatória. De acordo com a Lei da Migração, a Política Nacional de Migrações deve gerir ações implementadas pelo governo federal em parceria com Estados e municípios, mais a participação de empresas, órgãos internacionais e movimentos sociais. Cabe também ao governo federal determinar planos nacionais para a efetivação desta Política Nacional e produzir informação quantitativa e qualitativa, de forma sistemática, sobre migrantes, com a criação de bancos de dados. O que até o presente momento não foi implementado (Brasil, 2017).

## 2 MIGRANTES INTERNACIONAIS E O DIREITO HUMANO À SAÚDE

A definição universal de Saúde de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é de que se considera saúde um estado de bem-estar físico, mental e social. Isso significa, que é um conceito amplo que não pode ser entendido apenas como ausência de patologia.

Neste sentido, há vários fatores determinantes e imbricados no processo de saúde/doença, como o meio social, econômico, cultural, político, entre outros.

O direito à saúde, hoje, apresenta um conceito muito mais amplo, que se traduz pelo direito a uma melhor qualidade de vida (MÜLLER, 2014), e não somente o fato de não estar doente, e é considerado um direito de natureza prestacional, um direito ao acesso da população a serviços e produtos de saúde, com qualidade e quantidade suficientes, para uma proteção e preservação da saúde, adequadas (MÜLLER, 2014). Pode-se incluir, no conceito a uma melhor qualidade de vida, o direito à felicidade, fundamento recorrente em várias decisões judiciais contemporâneas (Lawy; Roldan; Hahn, 2018, p. 44).

O direito à saúde está consagrado na Declaração de Direitos humanos em seu artigo XXV, e prevê que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida suficiente pra assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar” (ONU, 1948), além de outros direitos fundamentais como, alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Compreender que a saúde e demais direitos inalienáveis, são direitos humanos, é compreender que a existência humana tem um valor em si, e que, esses direitos vêm de uma ideia central de dignidade e justiça que pode resultar na concepção de humanidade.

A dignidade humana é, pois, inseparável do que se entende por justiça e direitos humanos e ela um dos poucos valores de concordância universal. É um princípio não questionável no plano político e legal, e independentemente das diferenças socioculturais há uma compreensão generalizada da inviolabilidade das pessoas. Justiça e dignidade humana compõem o núcleo central dos direitos humanos, pois aí subjaz uma certa ideia de humanidade. Assim, tanto o governo quanto as relações sociais devem se pautar de acordo com o respeito a particularidades e necessidades diversas (Oliveira *et al*, 2018, p. 372).

Esta compreensão que se tem de justiça e dignidade humana, exteriorizada pelos Direitos Humanos através de Declarações, Proclamações e Cartas, servem de base para que os

Estados Nacionais, construam suas legislações e, para além disso, servem para “guiar e nortear condutas, escolhas, percepção de mundo” (Oliveira et al, 2018, p. 372).

Alguns autores sustentam que o direito à saúde deriva do direito à vida, e por este último ser um direito natural, a defesa da saúde “é uma consequência da proteção do direito à vida, calor supremo do Estado de Direito, que, dentre as prerrogativas humanas, ocupa o primeiro posto” (Muller, 2014, s.p). Sendo assim, considerando que o direito a saúde abrange várias dimensões da vida humana, a observância e respeito, pelo Estado, desses outros direitos que compõe a compreensão sobre o conceito de saúde, é consequentemente, a observância de um direito fundamental do homem, a vida.

Ainda, a compreensão de que o direito a saúde é um direito humano, para além dos dispositivos legais, faz com que tenhamos a possibilidade de exigir que os Estados

garantam cuidados de saúde de qualidade, adequados, aceitáveis e acessíveis. E também que promovam ações para interferir nos determinados subjacentes da saúde, tais como garantia de água potável, saneamento, informação e educação, segurança alimentar, habitação e igualdade de gênero (Oliveira *et al*, 2018, p.373).

Acrescenta-se a essa ideia o que consta no prefácio do Relatório sobre Desenvolvimento Humano 2000 do Programa da Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD:

[...] não basta que os países outorguem direitos econômicos e sociais somente na teoria. Não se pode criar, por meio da legislação, boa saúde e emprego. É necessária uma economia suficientemente sólida para oferecê-los [...] **os direitos humanos não são, como se tem sustentado, por vezes, uma recompensa do desenvolvimento, mas fundamentais para alcançá-los** (Muller, 2014, s.p, grifo nosso)

A mesma autora (2014) acrescenta que a saúde é, portanto, um direito multidimensional, ou seja, sua realização implica a realização de vários níveis de direitos que se relacionam diretamente a qualidade de vida física, mental, etc. E não deixa de abranger a saúde coletiva e a saúde individual, sendo assim deve ser considerado como bem social, bem de toda a humanidade, direito constitucional fundante e personalíssimo, na medida em que possibilita a existência dos demais direitos, além de ser um direito prestacional. Entendimento esse exarado anteriormente no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Observação Geral nº 14 de 2000:

A saúde é um direito humano fundamental e indispensável para o exercício dos demais direitos humanos. Todo o ser humano tem direitos a desfrutar do mais alto nível possível de saúde que lhe permita viver dignamente. A efetividade do direito à saúde pode ser alcançada mediante numerosos procedimentos complementares, como a formulação de políticas em matéria de saúde, a aplicação dos programas de saúde elaborados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ou a adoção de instrumentos jurídicos concretos. Além disso, o direito à saúde inclui determinados componentes, aplicáveis em virtude da lei (OMS, 2014, s.p).

Ainda,

(...) é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades. **O gozo do grau máximo de saúde que se possa alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social.** A saúde de todos os povos é uma condição fundamental para atingir a paz e a segurança, e depende da mais ampla cooperação das pessoas e dos Estados. Os resultados alcançados pelo Estado no fomento e proteção da saúde são valiosos para todos. A desigualdade dos diversos países, relativa ao fomento da saúde e ao controle das enfermidades, sobretudo as transmissíveis, constitui um perigo comum. O desenvolvimento saudável da criança é de importância fundamental; a capacidade de viver em harmonia num mundo que muda constantemente é indispensável para esse desenvolvimento. A extensão dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins a todos os povos é essencial para alcançar o mais alto grau de saúde. Uma opinião pública bem-informada e uma cooperação ativa por parte do público são de importância capital para o aperfeiçoamento da saúde do povo. Os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos, que só pode ser cumprida mediante a adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas (OMS, 2014, s.p, grifo nosso)

De acordo com o previsto pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) o processo saúde adoecimento é determinado por vários aspectos, entre eles “violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada”. (Rufino e Amorim, 2012, p.4). Dessa forma, a intervenção em saúde deve ser realizada de maneira ampla, abarcando as muitas dimensões da vida, ou seja, deve ser garantido o acesso efetivo e de qualidade de outros direitos que estão diretamente relacionados a saúde. Também porque a saúde é condição fundamental para a realização de outros desejos e metas, anseio de todos os povos, independentemente da nacionalidade.

O aumento dos fluxos migratórios internacionais, especialmente após o século XXI, coloca em evidência a necessidade de os Estados responderem as demandas e garantirem os direitos sociais básicos às populações migrantes, estando incluso nesses direitos o acesso à saúde.

Com relação ao Brasil, esta inclusão, no aspecto normativo, ocorre através do que dispõe a Constituição Federal Brasileira, de 1988, em seu artigo 196, que estabelece que, “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, entendimento corroborado pela Lei da Imigração nº13.445 de 2017. Contudo, a regulação e aplicação desse direito tem enfrentado diferentes obstáculos, inclusive no que se refere à recepção quanto ao “outro”.

É o que observa Cogo (2016, s.p), “O Brasil é um país que já não reconhece como um país de imigração, embora tenha começado a receber novos fluxos de imigrantes internacionais a partir de 2008 (como haitianos, senegaleses etc.).” E isso tem consequências graves, pois a percepção limitada que se coloca sobre os migrantes resulta em discriminação e afeta substancialmente as relações sociais.

Com relação a população Migrante, a Declaração dos Direitos Humanos em seu artigo XIII, prevê que toda a pessoa tem o direito de transitar livremente e escolher sua residência, dentro de seu Estado, bem como, de abandonar e regressar ao seu país (ONU, 1948). Ainda, estabelece que nenhuma distinção baseada na condição internacional do território de origem de uma pessoa pode ser aceita.

Contudo, embora o debate sobre a questão migratória não seja recente, ele se apresenta com novas características em tempo de mundialização do capital e a saúde é diretamente afetada por esse contexto, pois apesar da globalização do mercado, não se tem a “globalização” da saúde mesmo sendo considerado um bem público mundial que transcende fronteiras.

Com as mudanças na economia mundial, o Brasil tem recebido novos fluxos de migração internacional e apesar das garantias jurídicas do direito ao atendimento sem discriminação, constantes nas várias atualizações do Código de Ética Médica; a proteção ao direito à vida e à integridade pessoal, acordados pela Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica), de 1969, tendo entrado em vigor em 1978; ao Decreto nº 18.956/1929, resultado da Sexta Conferência Internacional Americana, reunida em Havana, que estabelece aos migrantes domiciliados ou em passagem, garantias ao exercício dos mesmos direitos civis concedidos aos nacionais, era de se esperar que não houvessem empecilhos quanto ao atendimento em saúde de migrantes. Contudo, há!

Com relação ao <sup>11</sup>habitante fronteiriço, por exemplo, não há um marco regulatório

---

<sup>11</sup> De acordo com o IBGE, censo de 2022, os residentes fronteiriços, ou seja, aqueles que vivem a até 150 quilômetros da fronteira, corresponde a 4,6 % da população nacional.

único que trate do atendimento a essa população pelo SUS, excetuando acordos estabelecidos que, em certos casos, não são aplicáveis a todas as cidades de fronteira e embora a Constituição de 1988 estabeleça que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988, s. p.), o “todos” expresso em tal artigo gera divergências de interpretação, por parte dos gestores públicos e operadores do direito. “Todos os brasileiros natos e naturalizados, ou também o estrangeiro? E o estrangeiro fronteiriço deve ser tratado de forma diferenciada [...]? [...] urgência e emergência ou também consultas eletivas?” (Branco, 2009, p. 41).

A variedade de interpretações da lei gera grandes conflitos, nem sempre registrados, já que o migrante com atendimento negado não encontra meios de acionar a justiça brasileira. E apesar de entraves, é reducionismo interpretar o conceito “todos” como limitado a brasileiros e migrantes aqui residentes, pois, “dentro de uma perspectiva humanista de interpretação da constituição brasileira, que a partir de 1988 é chamada de Constituição Cidadã, não dá margem a esse tipo de interpretação.” (Branco, 2009, p. 41)

Na normatização em saúde, com relação aos trânsitos humanos, não existe restrição formal que impeça ou dificulte o acesso aos serviços públicos de saúde, porém, a esfera legal e administrativa não se faz suficiente na garantia do atendimento e traz à tona dificuldades específicas enfrentadas por migrantes internacionais. Dentre essas o próprio processo de integração que envolve tensões que conduzem à marginalização, por consequência, agravos na saúde, especialmente na saúde mental. Além disso,

a generosidade expressa nas normativas jurídicas brasileiras quanto à universalidade do acesso ao sistema público de saúde usualmente esbarra na superlotação, na falta de médicos, na escassez de medicamentos e na precariedade generalizada do serviço em diversos pontos do país” (Sampaio, 2013, p. 247).

Dessa forma, inicialmente os migrantes enfrentam os mesmos desafios dos nacionais, porém, ainda precisam lidar com dificuldades relacionadas à condição de “estrangeiro”. A dinâmica do atendimento em saúde, somada às dúvidas das equipes de saúde, dificultam o atendimento, especialmente quando não possuam os documentos legitimados pelas autoridades nacionais. Como constatado por Puccini:

[...] o detalhe aparentemente simples de exigência de RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento para efetivar o cadastro do Cartão do SUS corre o risco de ser mais uma dificuldade ou dúvida frente ao direito de atendimento, também para pessoas indocumentadas, que pode gerar uma desnecessária contradição (Puccini, 2013, s.p).

Os requisitos para obtenção do Cartão Nacional de Saúde, conhecido como Cartão SUS, ainda causa problemas de atendimento ao migrante e ao brasileiro que more em outro país, mesmo que seja em cidade fronteiriça, já que exige o domicílio em território nacional: “além da não assistência que por si já é um problema, leva o estrangeiro que necessita do atendimento a criar formas para obter acesso ao sistema de saúde brasileiro, em sua maioria meios ilegais” (Branco, 2009, p. 42).

Agravando esse fator, pode surgir a hostilidade pois para o “senso comum” o migrante “concorre com os moradores locais nos postos de saúde, supermercados, padarias, agências bancárias, farmácias, correios e demais serviços públicos.” (Conectas, 2013, s.p). Neste sentido, os profissionais de saúde de maneira explícita ou velada podem desenvolver sentimentos de preconceito e rechaço, como fica evidente em depoimento dado ao Conectas: “Os políticos estão tratando isso aqui como se fosse um assunto de diplomacia, mas, enquanto isso, todos os dias, estamos importando miséria e doença sem poder lidar com isso” (Conectas, 2013, s.p).

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo Cremesp (2015, p. 15) reconhece que o acolhimento de migrantes “é tarefa capaz de trazer dúvidas pontuais às equipes de saúde e administração”. Luiz Antônio da Costa Sardinha, conselheiro do Cremesp, explica (Cremesp, 2015, p.15) que mesmo o princípio de universalidade sendo um dos pilares do SUS, “o imigrante sem cidadania não conta com modelo sanitário direcionado [...], quando procuram atendimento por uma simples febre ou trabalho de parto, por exemplo, sofrem por não portar documentos legitimados pelas autoridades brasileiras”. O conselheiro em questão destaca que, essa barreira é apenas um dos problemas a serem enfrentados por quem saiu de seu local de origem em busca de esperança para si e para familiares.

Em meio a discriminação, trauma e estresse procedente da migração, falta de redes de suporte, declínio econômico e social, barreiras linguísticas e institucionais, rompimentos identitários, choque cultural, exclusão, dentre outros fatores, a depressão é um grave risco enfrentado por migrantes, guardando particularidades de etnia, gênero e classe social (Pussetti, 2009).

As dificuldades na integração de migrantes, por vezes levam à marginalização, e consequentemente, o agravos à saúde. Observa-se que, apesar do preconizado, as ações em política pública de saúde não demonstram preparo efetivo para atender à demanda intercultural. As informações em saúde disponibilizadas pelo poder público são insuficientes e fazem uso de expressões como “cidadão brasileiro”, despertando um senso de patriotismo que acaba por deixar implícita a exclusão de imigrantes. Tais fatores colocam em choque a generosidade da universalidade, expressa em normativas jurídicas e, consequentemente, afetam os direitos humanos. Imigrações motivadas pela saúde: uma outra face da atenção à pessoa de outro país (Santos e Medeiros, s.p)

Em que pese os problemas existentes relacionados ao SUS, verifica-se que a universalidade, e a gratuidade, são avanços se comparados aos sistemas de saúde de muitos dos países de origem da população migrante, o que de certa forma, apresenta uma vantagem e mesmo um certo contentamento dessa população com relação aos atendimentos disponibilizados.

## 2.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DESENVOLVIMENTO, ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No Brasil, o direito à saúde é uma conquista das lutas do movimento de Reforma Sanitária que refletiu na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse direito foi implantado através do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que prevê que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. (Brasil, 1988)

O direito à saúde, previsto na carta magna tem um caráter universal, o que significa dizer que não está condicionado a critérios para ser acessado e se refere aos princípios e normas aplicáveis a todas as pessoas, independentemente de características como nacionalidade, etnia, gênero, religião ou qualquer outra.

Ainda, “universal é aquilo que se aplica a totalidade”, que “exprime a ideia de extensão completa de um conjunto” (Japiassu; Marcondes, 1996, p. 265).

No que se refere aos direitos sociais, a compreensão sobre a universalidade, apresenta-se, a partir de duas perspectivas, a primeira a social democrática, constante nos princípios da Reforma Sanitária, estabelece que o direito social é concebido a todos, através do Estado, sendo financiado por meio dos recursos públicos gerados pelos tributos. A segunda

compreensão, a liberal, tem sido imposta desde a década de 1990, pelos organismos financeiros internacionais, compreende que a universalização desses direitos deve acontecer de forma restrita, pois considera que o sistema público não tem condições de prover o atendimento as necessidades da totalidade da população, e que isso oneraria financeiramente o Estado (Sousa, 2014).

Ainda, de acordo com a vertente liberal, o Estado deveria intervir de maneira dualista e focalizada, ou seja, se responsabilizaria apenas pelos mais pobres e os demais, acessariam a saúde através do mercado.

De acordo com Cohn (2005), a focalização e a universalização se relacionam diretamente às formas de pobreza e desigualdade social, fundantes do sistema de proteção social brasileiro. E a saúde foi instituída num modelo duplamente fragmentado, ou seja, contando com as contribuições salariais de uma parcela da população, enquanto a outra parcela depende dos recursos orçamentários.

Embora na década de 1980, com a luta pela democratização, a defesa dos direitos civis, políticos e sociais, a universalidade à saúde tenha sido consolidada na Carta Constitucional de 1988, o desafio é se contrapor a herança de segmentação das políticas sociais via Estado/mercado e garantir a efetivação desses direitos de fato, no plano real. (Cohn, 2005). Isso porque

Com a Reforma Sanitária e a aprovação da Constituição Federal de 1988, a universalidade ganha duas dimensões: uma ampla, que é a legal, de garantia da saúde para todas as pessoas sem distinção; e uma restrita, que é a real, a qual se reflete na negação desse direito, seja por falta de vagas no atendimento em função da crescente demanda, seja pela falta de estrutura, de recursos ou de profissionais habilitados e que se veem obrigados a recorrer ao mercado, contribuindo com a ampliação do setor privado (Sousa, 2014, p. 228).

Além disso, o direito à saúde não se limita ao direito de ser atendido no hospital ou em unidades básicas, como abordado anteriormente, se relaciona também a qualidade de vida, ou seja, está diretamente ligado a garantia do gozo de outros direitos básicos, como alimentação, educação, saneamento básico, acesso à cultura, entre outros.

No Brasil como no restante na América Latina, não há como se falar em Saúde sem se referir aos movimentos de conquistas e lutas, retrocessos e avanços. Numa perspectiva histórica podemos dividir esses períodos em 4 (quatro), todos vinculados ao “fenômeno” do pauperismo.

De acordo com Bravo (2008), com relação a atuação, esses períodos podem ser divididos em 3 (três) grandes eixos: a etapa campanhista onde as medidas tomadas com relação a saúde eram focadas nas epidemias dos grandes centros; a segunda, chamada de etapa previdenciária, onde o financiamento era realizado através dos descontos diretos na folha de pagamento dos trabalhadores, modelo semelhante ao utilizado pela Alemanha <sup>12</sup>bismarkiana, e por fim, a etapa universalista com atuação privada suplementar, onde o financiamento também conta com verbas providas da arrecadação de tributos.

A autora acrescenta que independentemente do período, o modelo de saúde atua com características previdencialistas/assistencialista, onde a predominância é de uma relação clientelista e onde se entende saúde como a ausência de doenças, privatista, ou seja, voltada aos anseios dos planos privados e a atual, universalista. (Bravo, 2008)

### **2.1.1 Breve apanhado histórico da Saúde no Brasil**

Após a chegada dos colonizadores no Brasil, em especial os portugueses, vários obstáculos se colocaram, entre eles as doenças típicas de um país tropical, como a malária, e aquelas trazidas pelos próprios europeus, como a peste bubônica e cólera, além das que vieram através dos navios que traziam as pessoas escravizadas, como é o caso da febre amarela.

Num contexto em que a preocupação era a exploração das riquezas da nova terra, pouco se interessava por questões como a da saúde. O atendimento e tratamento das doenças ficavam a cargo dos indígenas, dos negros e dos portugueses, que possuíam alguma habilidade para isso e utilizavam de ervas e plantas nativas das florestas, rezas, entre outras práticas (Filho, 1998; Oliveira, 2012).

Aqueles cuja condição econômica permitia, apelavam pelo atendimento de profissionais que tinham certas habilidades e conhecimentos da medicina, como os barbeiros, que eram profissionais utilizados pelos europeus no tratamento das enfermidades e os Jesuítas que também demonstravam um certo conhecimentos para o tratamento dos doentes. (Filho, 1998).

No ano de 1543 o governo traz para o Brasil as Irmandades das Santas Casas, no objetivo de amparar os necessitados que contraíam doenças. É que com a necessidade de força

---

<sup>12</sup> A política Bismarkiana de assistência a saúde foi criada em 1883 em resposta as reivindicações da classe trabalhadora. Foi um modelo retributivo, onde os trabalhadores contribuíam para um fundo.

de trabalho para explorar as terras concedidas através das Capitânicas Hereditárias (1534), se fazia também necessários um trabalhador com boas condições físicas para desempenhar suas funções.

Porém, conforme observa Oliveira (2012), essas Irmandades assistiam aos capitães e os navegadores, os demais ficavam abandonados quando alguma doença e acabavam morrendo em casa e em locais de trabalhos.

Com o aumento de doenças e as condições precárias dos serviços sanitários, combinado com a vinda da família Real portuguesa para o Brasil, foi inevitável a implantação de um sistema de saúde.

Ocorre que, com a chegada da Família real em 1808, um país exclusivamente agrícola e majoritariamente cafeeiro, passa a ter um aumento na circulação de mercadorias e de pessoas nos portos e consequentemente o aumento de doenças o que prejudicavam as exportações de mercadorias, principalmente o café que dependia de abundante força de trabalho. Além disso, a abertura dos portos, em 1808 e a intensificação da migração foram acompanhadas das primeiras epidemias no Brasil.

Tal situação colocou a necessidade de medidas de cunho sanitário, e o Estado precisou intervir, consolidando sua atuação, no que convencionou chamar, desde o início, de saúde pública. (Silva, 1996).

Com o crescimento de epidemia de doenças, foram necessários estudos voltados para área da saúde, e criadas as academias médico-cirúrgicas no Rio de Janeiro, em 1813, e na Bahia, em 1815, passando a ser as primeiras faculdades de medicina surgidas no Brasil (Brasil, 2011). Também se criou a Imperial Academia de Medicina que funcionava como órgão consultivo do Imperador, tendo como foco a saúde pública, e era administrada pelos principais clínicos do Rio de Janeiro (Silva, 1996) e em 1829, foi criada a Junta de Higiene Pública, regulamentada em 1850.

Apesar dessas medidas as doenças que já estavam instaladas e esse movimento não foi eficaz (Brasil, 2011). Sendo assim, foi realizado o que se chamou de reforma para Saúde Pública e o Império criou a Inspetoria Geral de Higiene, que instituiu medidas voltadas para o ambiente escolar, para o trabalho das fábricas com adolescentes e para a proteção de crianças (Filho, 1998) que também não foram suficientes, as tentativas feitas restaram frustradas e a população continuava desamparada, lutando contra as doenças, e acabava morrendo (Matta; Pontes, 2007). Consequentemente, o país passou a ser visto como insalubre.

No período da Proclamação da República, em 1889 e com o avanço do capital econômico, o objetivo era fazer o Brasil prosperar e para isso era necessário reposicionar os trabalhadores, já que outros setores necessitavam de força de trabalho para produzir e gerar riquezas (Brasil, 2011) porém, o sistema de saúde continuava precário e não havia nenhum programa de Política Pública de Saúde.

No período, as prioridades eram a política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou o controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação (Rocha; Cesar; Ribeiro, 2013), então em 1896, é criada a Diretoria Geral de Saúde Pública (DESP) através da Lei nº 429, de 10 de dezembro de 1896 e criados o Instituto Pasteur e o Instituto Soroterápico Federal, que, posteriormente, tornou-se o Instituto Oswaldo Cruz e Fundação Oswaldo Cruz, que foram de instituídos a fim de discutir e gerar conhecimento para a área da saúde.

A implantação desses institutos foi um importante passo para lidar e tentar controlar as proliferações de doenças e enfermidades. Também, iniciaram-se, no Brasil, alguns conjuntos de ações de Políticas Públicas de Saúde que tiveram a participação expressiva do médico sanitaria Oswaldo Cruz (Matta; Pontes, 20).

Esse período é marcado pela vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas pontuais, episódicas e voltada ao controle de epidemias, por isso chamada de “campanhista”. Também foi considerado um período “higienista”, tendo em vista que se buscava higienizar as cidades.

No Brasil, do século XX uma nova fase se inicia para o sistema de saúde, com várias ações e reformas postas em funcionamento e vários institutos, movimentos e programas criados. Destacando-se no ano de 1904, o método, para combate de epidemias aplicado por Oswaldo Cruz, chamado de código sanitário.

Observa-se que no período há o aumento de deslocamentos internos e externos que introduziram novos hábitos e, também doenças trazidas por pessoas, animais e alimentos, e que afetavam em especial os trabalhadores gerando prejuízos na produção e no consumo.

Com isso, as medidas tomadas no combate as doenças, abrangiam o controle de portos e estradas, onde ocorriam as trocas e a expulsão para fora dos centros urbanos, daqueles considerados “indesejáveis”, ou seja, negros, japoneses, judeus, idosos, deficientes, e claro, migrantes internacionais. Esses “indesejáveis, acabam se instalando nas periferias e formando os guetos e subúrbios.

O código sanitário aplicado por Oswaldo Cruz foi imposto, e essa forma autoritária, não foi muito aceita pela população, já que a ideia era “punir” os doentes através de uma quarentena. Também se colocava a obrigatoriedade da vacinação e essa imposição dificultou o trabalho dos sanitaristas, já que, por falta de conhecimento, ou por não concordarem com as arbitrariedades do Estado e a população se negava a se vacinar, revoltando-se contra as medidas do governo, essa revolta ficou conhecida como Revolta da Vacina e ocorreu no Rio de Janeiro. Apesar do método questionável, houve avanços, pois, algumas doenças foram erradicadas e controladas (Matta; Pontes, 2007).

Com esses avanços, Oswaldo Cruz iniciou a segunda etapa do processo sanitário entre os anos de 1910 e 1920 e passou a visitar e combater as epidemias nas áreas rurais. Fez isso através de uma expedição, que com o auxílio de médicos, viajou pelo país e passou a conhecer, a identificar e implantar Políticas de Saúde para conter as epidemias causadas pelas doenças (Matta; Pontes, 2007).

Essas ações eram preventivas e apenas a minoria da população conseguia acessá-las, somado a isso não havia interesse do governo em promover uma assistência de saúde para toda população. Em contrapartida, com relação a exportação de produtos, o Brasil adotou uma política mais exigente, aumentando o rigor no que se refere ao controle sanitário, especialmente com relação aos navios que circulavam nos portos (Rocha; Cesar; Ribeiro, 2013; Matta; Pontes, 2007).

Apesar dos descontentamentos por parte dos movimentos, Oswaldo Cruz conseguiu avanços na saúde, o que possibilitou ao seu sucessor, Carlos Chagas continuar com as ações e realizar outra reforma sanitária, proposta por Eloy Chaves em 1923. Sendo assim, foi criado o Departamento Nacional de Saúde, principal órgão Federal sobre o tema (Oliveira, 2012).

Essa reforma sanitária, realizada por Eloy Chaves, criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), uma espécie de previdência social, financiada pela União, empresas empregadoras e pelos empregados e restrita aos trabalhadores das classes Ferroviárias e Marítimas e que dava a eles direito a aposentadoria, pensão por morte e assistência médica. (Paim, 2010).

Já nesse período se constatava as relações público-privado, já que essas Caixas eram geridas por um presidente, indicado pelo presidente da república e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração, por meio de conselho de gestão.

Os benefícios eram proporcionais as contribuições descontadas da folha de pagamento dos trabalhadores e eram previstos nesses planos os seguintes serviços: de

assistência médica curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral (Bravo, 2008).

Essa lei deu início a um outro momento, o chamado de Previdenciário/Assistencialista que permanece em vigor até a fase final da ditadura militar e tem como principal característica a exclusividade de acesso ao sistema de saúde aos contribuintes da seguridade social seja no momento inicial pela CAPs, ou após, pelos Institutos de Previdência (Gionella, 2012). A criação da CAPs é considerada a gênese da Previdência Social no Brasil.

Com relação a assistência médica do período, ela continua desigual, pois a maioria da população, a classe trabalhadora, continuava dependendo dos programas sanitários e as revoltas populares e movimentos da época pressionavam o Estado por ações mais efetivas na saúde.

Em 1930, Getúlio Vargas assume o governo e o Brasil e amplia a participação do Estado no processo de industrialização (Andrade; Martins; Machado, 2012). Com a emergência do capitalismo nacional e a necessidade de resposta no âmbito da assistência social, em virtude dos reflexos da crise de 1929, o governo Vargas promove uma ampla reforma política e administrativa e com isso, medidas com relação a assistência à saúde foram tomadas. “Duas mudanças institucionais marcaram a trajetória da política de saúde: [...] a criação do Ministério da Educação e Saúde (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC)”. (Matta; Pontes, 2007, p. 30). O MESP tratava de duas políticas sociais: educação e saúde, e a MTIC era responsável pelas proposições para saúde do trabalhador e para área da saúde.

No período do governo Vargas, em resposta as lutas da classe trabalhadora, houve a implantação de alguns direitos sociais como a obrigatoriedade da carteira de trabalho, jornada de oito horas e a política de proteção ao trabalhador, além da implantação dos sindicatos, ou seja, regulamentou-se a relação entre capital e trabalho.

Além disso, foi implantado o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPS), e alguns benefícios concedidos apenas aos trabalhadores ferroviários e marítimos, passaram a se estender a mais categorias de trabalhadores. Com a implantação do IAPS, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), o das Pensões dos Comerciantes (IAPC) e das Indústrias (IAPI) passaram a ficar ligados a ele.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde e em 1956, reorganizado o Departamento Nacional de Endemias Rural (DENERU), que era voltado, para o controle de endemias na zona rural, porém os moradores dessas localidades não conseguiam acesso integral à saúde.

Já nas cidades se constatava um aumento na economia, o que gerava recursos para o sistema previdenciário e da saúde. Também se constata o crescimento das indústrias na área de medicamentos, equipamentos, postos de trabalho para os hospitais, fazendo com que surgisse uma nova categoria, a classe médica empresarial. “Estava constituída a base de expansão do sistema de saúde e para consolidação de um complexo produtivo [...]” (Matta; Pontes, 2007, p. 40).

O regime militar que compreende de 1964 a 1984, apresenta uma piora do poder aquisitivo da classe trabalhadora e como consequência, a piora na saúde, inclusive porque com o crescimento da classe médica empresária, o governo autoritário deslocou os serviços médicos para o setor privado. “A saúde pública, relegada ao segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia” (Brasil, 2011, p.16).

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e o IAPS unificou-se ao INPS. Os benefícios de assistência médico-hospitalares foram ampliados e incluíram o atendimento aos trabalhadores urbanos da rede privada, já tinham seus contratos de trabalho sob a vigência Consolidação das leis do Trabalho (CLT).

Também, em 1970, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e profissionais autônomos passaram a ser incluídos como novas categorias profissionais, passando a ter acesso a esses benefícios. (Oliveira, 2012).

O aumento de benefícios para a classe trabalhadora não impactou de maneira expressiva e positiva o atendimento à saúde dessa população, pois não havia política social que impactasse nas expressões da “questão social”, como a pobreza, a falta de saneamento e de habitação.

Num cenário de crises políticas, a preocupação do governo militar era a de continuar à frente do comando do país. Para isso uma nova estratégia foi colocada em prática, a implantação do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) cujo objetivo era integrar as políticas estatais. Em contrapartida estava havendo a expansão dos movimentos sociais, principalmente voltados para a saúde, para a educação, e para a infraestrutura (BRASIL, 2011).

Nesse período, o sistema nacional de saúde vive uma crise também por recursos humanos com a falta de profissionais da saúde, assim como, má distribuição espacial da rede de serviços, falta de coordenação, inadequação do cuidado às necessidades da população e as demandas. Sendo assim, Ineficiência e Ineficácia, marcam as ações governamentais, pois não atendiam ao perfil de adoecimento e morte que estava colocado. Além disso, apenas parte da população tinha acesso a esse sistema, aqueles que contribuíam para a seguridade social.

Nesse contexto, a saúde ganhou notoriedade e grandes movimentos se fortaleceram, pois as condições em que se encontrava o atendimento à saúde da população, começou a ser exposta através de estudos e apoio de várias instituições como a Fundação Oswaldo Cruz, Universidade de São Paulo (USP), Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS / UERJ), entre outras (Matta; Pontes, 2007, p. 42).

A insatisfação por parte da população, dos profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e outras instituições da sociedade civil, resultou em um movimento onde se propunha uma série de possibilidades para resolver os problemas identificados, buscar a redemocratização e a universalização do direito à saúde. Nasceu assim, o **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira**, que se colocou como base para a instituição de um Sistema Único de Saúde. (Bravo, 2008)

Foram apontadas por esse Movimento algumas direções que serviam de base para a construção de um novo sistema de saúde. A primeira delas se relacionava com a universalidade do direito à saúde, neste sentido, todo cidadão, independentemente de ter contribuído para esse fim, sendo trabalhador ou desempregado, não poderia ser excluído de usufruir do direito ao acesso à assistência pública de saúde.

A segunda direção foi no sentido de que a formulação do novo sistema de saúde deveria garantir que as ações de natureza preventiva e/ ou curativa, que eram separadas entre saúde e previdência, deveriam estar interligadas em um único sistema.

A terceira direção, se refere a gestão e aponta sua descentralização, com o objetivo de ficar mais próxima. E a quarta se refere a criação dos mecanismos de controle social, para fiscalizar as ações em saúde, em todos os seus níveis, para atender melhor aos problemas e necessidades dessa população.

Em 1974, o governo criou o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) para investir no setor hospitalar, mas as maiorias dos investimentos foram para o setor privado. Souza (2012), observa que com a criação desse fundo, as instituições públicas e filantrópicas não recebiam recursos suficientes para dar assistência à saúde de todos.

Em 1977 com o objetivo de controlar a assistência à saúde, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passou a coordenar todos os programas voltados para saúde e assistência médica da Previdência Social.

Matta e Pontes (2007, p. 45), destacam que, a fim de buscar soluções, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, onde o propósito era reformular a Política de Saúde e formular o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Pro-Saúde).

O Programa Pro-Saúde era a extensão do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), desenvolvido em meados da década de 1970, que segundo Carvalho (2013), o foi um programa estruturado para saúde básica e coletiva, implantado no Nordeste para pequenas populações. Tal programa tinha possibilidade de ser eficaz, porém, não teve sequência por falta de investimentos dos governos.

Em 1981, foi criado um grupo de trabalho com a atuação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e do Conselho de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Esse grupo passou a estudar alternativas a crise previdenciária e constatou que: “O diagnóstico apontava para uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa, indutora de fraude e de desvio de recursos [...]” (Matta e Pontes, 2007, p. 47).

Com isso os movimentos sociais que pleiteavam uma reestruturação na saúde, ganhassem notoriedade e através dos resultados dessas pesquisas, e das constatações que trouxeram à tona, o CONASP elaborou uma proposta que consistia na implantação de alguns programas: Programas das Ações Integradas de Saúde (PAIS), Programação e Orçamentação Integrada (POI), Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social (SAMPHS). Posteriormente, em 1983 o PAIS passou a ser denominado como, Ações Integradas de Saúde (AIS) e foi considerado um programa importante, já que, através dele, deu-se início à criação de um sistema unificado para universalização do direito à saúde, buscando um fortalecimento entre o Ministério da Saúde, INANPS e as Secretarias Estaduais, passando a se chamar de Gestão Tripartite (Faleiros, *et al.*, 2006).

Com o objetivo de controlar os pagamentos com os custos hospitalares realizados para o setor privado, criou-se a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), com isso, os órgãos controladores passaram a ter as informações da população que necessitava de serviços de saúde.

Com a saída dos governos militares do poder, houve a retomada de programas que haviam sido excluídos como, por exemplo, o POI e AIS, além do fortalecimento dos

movimentos sanitaristas, que começaram a participar da Política Pública de Saúde no governo, inclusive assumindo cargo de gerência (Matta: Pontes, 2007).

Em março de 1986, com a Nova República, foi realizada em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde, (VIII CNS), marco decisivo no processo de democratização e universalização da saúde e da criação de um Sistema Público de Saúde. Participou dessa conferência a sociedade organizada, composta por governos, gestores, usuários, professores, profissionais da área da saúde, movimentos populares de saúde, sindicatos, e grupos diretamente vinculados ao tema. Considerada um marco, a conferência foi o primeiro evento em que estiveram presentes todos os interessados em debater Política Pública de Saúde, para todos os brasileiros (Brasil, 2011).

A partir dos assuntos discutidos na conferência, elaborou-se um relatório com os resultados e com propostas que incluíam: saúde como direito e cidadania, reformulação no sistema de saúde e financiamento do setor, além da reorganização do sistema de atenção, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O conjunto dessas forças impulsionou o Movimento da Reforma Sanitária até a promulgação da Constituição de 1988, na qual a Reforma Sanitária deixou expressiva marca no que se refere à saúde, tendo como objetivos centrais, a universalidade do acesso, a equidade nas ações, a integralidade do cuidado, descentralização dos serviços de saúde e a participação popular na tomada de rumos e na gestão (Paiva; Teixeira, 2014).

Ocorre que, antes da criação do SUS, em 1987, havia um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que por iniciativa do MPAS/INANPS foi criado para ter mais autonomia e descentralizar o orçamento que ficava sobre o controle dos Ministérios da Previdência e Saúde e da Educação.

Nos anos de 1987 e 1988, discutia-se na Assembleia Nacional Constituinte, a aprovação de um plano único para saúde, baseado no resultado do relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde.

As discussões foram acaloradas, pois o setor privado e o setor de medicina autônoma dificultavam a aprovação. Entretanto, mesmo em meio aos muitos interesses pessoais, foi aprovado, em 1988, um novo sistema de assistência à saúde, chamado de Sistema Único de Saúde (SUS), que foi oficializado no ano de 1990.

### **2.1.2 O atual sistema de saúde do Brasil, organização, gestão, financiamento e desafios**

O SUS foi constituído em meio ao processo de redemocratização do Brasil, como lembra Rufino e Amorim (2012, p. 2) garantindo “a universalização da prestação de serviços de saúde pela rede pública, o que resultou na criação das Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde, o que evidentemente não resolve a questão, pelo contrário, a torna aberta ao debate e ao aperfeiçoamento.”

Em termos de organização e gestão o Sistema Único de Saúde apresenta princípios e diretrizes, previsto na Lei de sua criação nº 8.080 de 1990. O primeiro deles é a universalização, que deve prezar pela equidade, na busca de justiça social no atendimento aos mais carentes; a integralidade, ou seja, a garantia de atendimento contínuo e permanente. E a hierarquização e regionalização, que estabelece que haja a distribuição do poder para que os municípios tenham autonomia na tomada de decisões, obedecendo a uma estrutura hierárquica.

Essa descentralização, envolve a participação popular como modo de controle e a resolubilidade, que de acordo com o Ministério da Saúde é, "a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência." (Brasil, 1990, p.10)

Essa hierarquia descentralizada constante no Sistema Único de Saúde se concretiza através de dois espaços de decisão na estância do governo, quais sejam, o Conselho Nacional de Saúde e as Conferências de Saúde, que ocorrem no âmbito municipal, estadual e federal. Tendo o primeiro um caráter permanente e deliberativo e formado por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, que formulam estratégias para controle e execução das políticas de saúde.

Já as Conferências, ocorrem a cada 4 anos e não são permanentes, sendo convocadas pelo Conselho Nacional de Saúde ou pelo poder executivo e atuam no sentido de avaliar as condições de saúde nos 4 anos que a precedem, bem como, propor novas diretrizes quando necessário.

Dentro dessa estrutura organizacional as tendências e políticas são discutidas, entre elas, programas como o Saúde da Família que se inclui na denominada atenção básica ou primária à Saúde, que preza pelo atendimento levando em consideração os aspectos sociais da população com o cuidado contínuo em especial e aplicado nas relações dos hospitais e

unidades de saúde com a comunidade que os cerca. A atenção básica é o primeiro contato da população com o sistema de saúde nacional e neste sentido, há a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 que organiza e normatiza esse atendimento em toda a extensão do SUS. Tendo como principais programas de atenção básica os agentes comunitários de saúde e o Programa Saúde da Família.

“A criação do SUS está diretamente relacionada a tomada de responsabilidade por parte do Estado. A ideia do SUS é maior do que simplesmente disponibilizar postos de saúde e hospitais para que as pessoas possam acessar quando precisem, a proposta é que seja possível atuar antes disso, através dos agentes de saúde que visitam frequentemente as famílias para se antecipar os problemas e conhecer a realidade de cada família, encaminhando as pessoas para os equipamentos públicos de saúde quando necessário” (Guia de Direitos, 2024, s.p).

Porém, como observa Sousa, 2014,

Os princípios que regem o sistema de saúde brasileiro, ou seja, a universalidade, a integralidade e a equidade, bem como as diretrizes que operacionalizam o referido sistema – descentralização, hierarquização e participação comunitária –, não têm sido suficientes para garantir a universalização da saúde em virtude de seu caráter dual, no qual a maior parte dos recursos públicos é direcionada aos serviços privados. O sistema privado no Brasil não é independente do SUS, está vinculado por meio de um processo de regulação que normatiza e controla, mas essa condição depende muito da organização e gestão da política no país e de cada estado e município. (Sousa, 2014, p. 231)

Com relação ao financiamento, o Sistema Único de Saúde se opera através do Fundo Nacional à Saúde, por meio do qual a União distribui investimentos para as esferas de atuação, ou seja, federal, estadual e municipal. Desse fundo, 45% advêm do seguro por danos pessoais, decorrente de acidentes ocorrido com veículos automotores, o DPVAT. Esse seguro é obrigatório, de caráter social e contribuição pecuniária, cuja finalidade é cobrir despesas e indenizar vítimas e familiares de acidentes em vias terrestres causados por veículos automotores. Outros 55% do financiamento, decorrem de percentual fixo de arrecadação da União, estados e municípios. O financiamento é considerado o principal entrave do Sistema Único de Saúde, pois não há investimento suficiente para comportar um atendimento efetivo e de qualidade, além de sofrer com a má administração desses recursos.

Com insuficientes recursos o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os

investimentos para a ampliação da infraestrutura pública. Diante dessa realidade, a decisão de compra de serviços no setor privado torna-se fortalecida e a ideologia da privatização é reforçada. Prevalece, assim, um boicote *passivo* através do subfinanciamento público e ganha força um boicote *ativo*, quando o Estado premia, reconhece e privilegia o setor privado com subsídios, desonerações e sub-regulação (Paim, 2018, p. 1725).

Há muito tempo se verifica esse subfinanciamento crônico, tido como um dos maiores obstáculos para o SUS. Algumas iniciativas foram adotadas no sentido de tentar contornar o problema, como por exemplo a Contribuição Provisória de Movimentação Financeira, da EC-29/2000 e do movimento *Saúde+10*, mas não deram conta, efetivamente e a estrutura do financiamento, e a percentagem destinado a ele, continua inferior à proporção do gasto privado (Paim, 2018, p. 1725). Além disso

O executivo assegura um padrão de financiamento para o setor privado com o apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social e da Caixa Econômica Federal, bastante distinto em relação às instituições públicas do SUS. Essa ação estatal através dos boicotes pelas vias do executivo, do legislativo e do judiciário comprometeu a vigência da concepção de seguridade social, além de facilitar a privatização da saúde. Com a aprovação da EC-95/2016, o subfinanciamento crônico do SUS fica constitucionalizado, cristalizando as dificuldades acumuladas desde 1988 (Paim, 2018, p. 1725).

Ainda, uma reflexão colocada por Mendes, 2005 destaca a convivência de três grandes subsistemas na saúde do país: o SUS, que é público e destinado a todos; o privado, de atenção médica suplementar destinado a uma parcela que possui planos de saúde; e o sistema privado, de desembolso direto. Entre os dilemas enfrentados pelo SUS se encontra a contradição de: "instituir-se como um sistema público de saúde para todos" ou ser caracterizado como um sistema destinado apenas à população mais pobre. [...]. Na situação do Brasil, o que ocorre é que: enquanto "o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado" (Mendes, 2005, p. 35).

Nas reflexões de Paim, 2018:

Em termos ideológicos, os valores dominantes na sociedade brasileira tendem mais para a diferenciação, o individualismo e a distinção do que para a solidariedade, a coletividade e a igualdade. Esse aspecto negativo é agravado pelas limitadas bases sociais e políticas do SUS que não conta com

a força de partidos, nem com o apoio de trabalhadores organizados em sindicatos e centrais para a defesa do direito à saúde inerente à condição de cidadania, tal como ocorrera em países europeus que optaram pelo Estado de Bem-Estar Social (Paim, 2018, p. 1725).

Outros problemas comumente verificados é o da falta de profissionais qualificados e o longo tempo de espera por atendimento. Desafios que usuários, gestores e profissionais da saúde vivenciam no seu cotidiano. Neste sentido, Paim, 2018 acrescenta que o SUS sofre resistências também dos profissionais de saúde, que não foram contemplados pelas políticas de gestão do trabalho e educação em saúde. Bem como os ataques da mídia, e os interesses econômicos e financeiros das operadoras de planos de saúde, das empresas de publicidade, das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares (Paim, 2018, p.1725).

O autor explica que isso se deve ao predomínio de uma ideologia neoliberal já quando da implantação do Sistema Único de Saúde, que com

as limitações do *Welfare State* nos países europeus e a crise econômica de 2008, representam um sério obstáculo para o desenvolvimento de sistemas universais de saúde”, assim como, a proposta político-ideológica da *Cobertura Universal em Saúde*, patrocinada por organismos internacionais, só faz reforçar tal doutrina e fragilizar os valores civilizatórios do SUS (Paim, 2018, p. 1725).

Somam-se a isso, “os problemas de gestão como a falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa” (Paim, 2018, p.1725). Onde para a resolução desses problemas, as alternativas oferecidas são as terceirizações que desvalorizam e precarizam as condições dos trabalhadores da saúde.

Além disso há problemas identificados nas políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica, no controle de endemias, na segurança e qualidade do cuidado, na insuficiência da infraestrutura pública, na falta de planejamento, nas dificuldades com a montagem de redes na regionalização e outras que comprometem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (Paim, 2018, p. 1725).

Por fim, destaca o autor (2018, p. 1726) que nas discussões sobre o SUS, tem sido “negligenciando a articulação público-privada predatória onde os interesses privados predominaram nesses 30 anos”, isso se deve porque, “a ameaça do capital não é tão visível quanto as filas, a falta de profissionais ou o acesso aos medicamentos”. Apesar da discussão

sobre a privatização da saúde preceder ao SUS e fazer parte da própria formação das Políticas Públicas.

Nos últimos anos, a articulação público-privada se coloca, sob a forma de financeirização da saúde, com a venda de empresas e carteiras de clientes, “assim como novas relações entre aparelhos do Estado e o capital financeiro inclusive internacional. Essa determinação econômica representa a maior ameaça à consolidação do SUS” (Paim, 2018 p. 1726).

## 2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA: BREVE ANÁLISE ESTRUTURAL

Após a Segunda Guerra mundial, movimentos de reforma psiquiátrica se desenvolveram em diversos países e questionaram as práticas manicomiais aplicadas as pessoas em sofrimento mental, bem como, incentivaram a reorientação do cuidado ofertado nos sistemas de saúde. A partir daí, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Comissão Global sobre Saúde Mental e Desenvolvimento Sustentável, substituindo o modelo manicomial e asilar, por uma rede integrada e territorializada de atenção em saúde mental, recomendaram o fortalecimento de políticas públicas que promovam o cuidado em rede e em liberdade, sendo tratada a saúde mental enquanto direito humano e o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

No Brasil, o movimento pela Reforma Psiquiátrica buscou estabelecer novas relações entre a sociedade, sofrimento mental e instituições, objetivando a desconstrução do modelo manicomial, substituindo-o por uma prática de cuidado em meio aberto, em que os pacientes se tornem sujeitos ativos e não meros objetos de intervenção, colocando-os na centralidade e considerando as várias dimensões das suas relações sociais.

Essa Reforma se desenvolveu conjuntamente com os processos de democratização e participação social e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Deu início no final da década de 1970, num cenário em que diversos movimentos sociais se entrecruzavam reivindicando o fim da Ditadura Militar (1964-1985), abertura política e ampliação de direitos. E a descentralização da política de saúde, assim como, a luta por equidade, justiça social e a atual assistência em Saúde Mental, são resultados de inúmeras discussões e mudanças que culminaram nesse processo de reforma, ainda em curso.

Ocorre que na década de 1980, diversos fatores criaram um cenário favorável à

Reforma Psiquiátrica. Na seara política, a redemocratização anima a discussão sobre os direitos do usuário de serviços públicos de saúde mental, no campo econômico a recessão e a hiperinflação levam à crise do modelo previdenciário, além da dificuldade de manter os altos custos estatais com manicômios particulares (Farinha e Braga, 2018 s.p).

Nesse contexto, dois movimentos ligados à saúde e de origens vinculadas, se destacaram: o movimento sanitário, que visava o direito universal a saúde com a criação de um sistema amplo e participativo, e o movimento antimanicomial, que questionou o modelo clássico da psiquiatria. Esses movimentos contavam também com o apoio das instituições universitárias como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Movimento de Renovação Médica (REME), além das Comunidades Eclesiais de Base e outras instâncias redemocratizantes (Farinha e Braga, 2018, s.p).

O Movimento Antimanicomial, antes denominado, Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) tem como marco a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (Disan), que se projetou nacionalmente em razão de denúncias e reivindicações que incluíam problemas como, violência, corrupção, tortura, negligência etc. No início tal movimento se preocupava em reivindicar melhores condições de trabalho aos profissionais da saúde, mas posteriormente se direcionou para a reformulação profunda dos paradigmas sobre a loucura e sua assistência, em que a violência das instituições psiquiátricas se relaciona de modo mais amplo com a violência do Estado militar contra os cidadãos. Sendo assim, vários núcleos do movimento antimanicomial se formaram. Os mesmos autores observam que esse movimento é heterogêneo e não há consenso sobre o direcionamento da Reforma Psiquiátrica, ou a própria noção de loucura, ou ainda, sobre o processo de reinserção social. “Se por um lado essa diversidade enriquece as possibilidades de pensar o processo terapêutico, enfraquece politicamente a implementação de ações” (Farinha e Braga, 2018, s.p).

Ainda na década de 1980 é implantado o plano de reorientação da Assistência psiquiátrica, bem como diversos modelos de gestão compartilhada e a constituição dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), embrião do Sistema Único de Saúde (SUS).

É realizada pelo movimento sanitarista a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que pela primeira vez conta com a participação da sociedade civil e não apenas com técnicos e burocratas, a partir daí, a expressão Reforma Sanitária se torna "lema nacional" (Amarante, 2016, p.92).

Também são realizadas conferências regionais pelo MTSM e a primeira a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) é marcada pela tensão entre a Disam e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que tentam impedir a participação popular e novas formas de organização da assistência, e o MTSM que busca a inclusão popular e mudanças estruturais na saúde mental.

Dessa forma, a estratégia sanitarista assume a direção de realizar pequenas modificações sem uma mudança estrutural, que atingisse o âmago da questão: o paradigma psiquiátrico pautado na relação entre ajustamento/opressão social e saber médico/especializado. Após a 1ª CNSM, inicia-se o período da "desconstrução/invenção" (Amarante, 2016).

O 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, institui-se o lema "por uma sociedade sem manicômios", além do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta e a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), serviço que substitui os manicômios e que propõe a oferta de atendimento diário aos usuários que precisem de tratamento, também é elaborado o projeto de lei 3.657/89, considerado o embrião da lei 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado), que formaliza a Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2004).

No ano de 1992, o Brasil pactua a reestruturação da assistência em saúde mental assinando a Declaração de Caracas e normatiza os Centros de Assistência Psicossocial através da portaria 224/92 (Brasil, 2004).

Embora tenham ocorrido avanços na década de 1990, também está posta a contradição entre a diretriz prevista no processo e sua efetivação. Isso porque, a pressão política do setor privado atrasou a aprovação da lei e alterou dispositivos significativos, como a previsão de extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos privados (Pinto; Ferreira, 2010; Amarante, 2016).

Como a reforma demorou a ser oficializada, foram criadas portarias pelo ministério da saúde, com o objetivo de realizar mudanças na estrutura de assistência. Elas determinavam: espaços para recreação, terapias complementares na internação, inserção de equipes multiprofissionais, bem como, preveem parâmetros de adequação das acomodações e a restrição do tempo de internação a 60 dias (Ribeiro; Martins; Oliveira, 2009), e ainda, a criação de NAPS e ambulatorios de saúde mental com assistência voltada à reinserção social (Brasil, 2004).

No final dos anos da década de 1980 e meados da década de 1990, o movimento pela reforma psiquiátrica volta-se para a desinstitucionalização e adota “estratégias de problematização da loucura junto à sociedade e preocupando-se não apenas com a sistematização dos serviços, mas com a possibilidade de redirecionar o ato de saúde na própria relação entre profissional e usuário” (Farinha e Braga, 2018, s.p).

As tensões entre movimento sanitário e movimento antimanicomial são paradigmáticas de algumas questões que envolvem o campo da saúde mental em sua relação com o SUS. Embora possamos tomar esse campo como relativo à saúde, sua reorientação em direção à reinserção social exige a crítica aos paradigmas sedimentados pela medicina tradicional. Inicialmente, reconhece-se que a relação entre sintoma e substrato orgânico, bem como a fragmentação do corpo, presente no racionalismo médico, foi o eixo dos processos de exclusão social intermediados pela psiquiatria. (Farinha e Braga, 2018, s.p).

Basaglia (2010) observa que a possibilidade de uma nova relação com a loucura implica a consideração dos "muitos corpos" e das suas dimensões psicológicas, sociais, materiais, culturais, biológicas que não podem ser considerados elementos separados, mas compõem a totalidade da existência. Dessa forma

substitui-se o termo "doença mental" pelo termo "saúde mental", visando evitar o aprisionamento simbólico do indivíduo na condição de doente e a conotação de disfunção biológica presente na noção de doença, bem como enfatizar a promoção de melhores condições de saúde. Porém, ambas as expressões, "doença mental" e "saúde mental", precisam ser problematizadas, possuindo dois complicadores: mantêm o binômio saúde-doença, que tende a biologizar a loucura buscando causas orgânicas nunca claramente identificadas, e promovem a separação entre corpo e mente, como se o surto dissesse respeito apenas à "mente", seja ela compreendida como consciência ou mera atividade cerebral. Tais termos tendem a desconsiderar o fenômeno multidimensional implicado na loucura, excluindo elementos sociais e mesmo psicológicos (Farinha e Braga, 2018, s.p).

Os mesmos autores observam uma ambiguidade semântica constitutiva da própria reforma, que “ora designam a simples tentativa de recuperação do potencial terapêutico da psiquiatria clássica, ora denotam a intenção de reformulação profunda na compreensão das situações de crise existencial grave e do lugar social ocupado por seus personagens.” (Farinha e Braga, 2018, s.p), mas reconhecem que a reforma psiquiátrica brasileira avança após o início da vigência da Lei 10.216 de 2001, especialmente entre os anos de 2002 e 2012, quando demonstram uma queda sistemática no número de leitos psiquiátricos e nos gastos com a rede hospitalar (75,24% para 28,91%), em contrapartida ao aumento do número de Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS) (de 424 para 1981) e dos gastos com serviços abertos (de 24,75% para 71,09%), também, um acréscimo de 68% no investimento em CAPS (de 460 milhões para 776 milhões) e aumento dos recursos destinados à saúde mental (de 619 milhões para 1,8 bilhão) (Farinha e Braga, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde, atualmente, a política de saúde mental no Brasil é constituída por uma rede de cuidados que recebe o nome de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e foi criada como proposta organizativa dos serviços de saúde mental no país, cujo objetivo é a integração do cuidado ordenado a partir da articulação de serviços de base territorial nos diversos níveis e pontos de atenção do SUS.

Essa Rede é composta por 7 pontos de atenção que contemplam serviços e ações da atenção primária, atenção especializada e atenção hospitalar e é constituída principalmente por serviços comunitários de saúde mental, que se relacionam com o território e com a dinâmica da comunidade, bem como, deve se articular com os demais serviços de saúde.

O primeiro ponto de atenção que compõe a RAPS é a Atenção básica ou primária em Saúde, que realiza o atendimento através das Unidades básicas de Saúde (UBS), cujo objetivo é atuar na promoção da saúde mental, prevenção de crises e tratamentos de casos leves e moderados, com a colaboração de outros serviços como os Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e os Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), através do matriciamento e do projeto terapêutico singular.

Os casos atendidos na atenção primária e considerados graves são encaminhados aos CAPS ou aos serviços de urgência e emergência, porém, sem desvincular o usuário da UBS que continua responsável pelo atendimento, isso porque, o usuário deve realizar o tratamento sem se afastar da comunidade, de acordo com o que preconiza a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial.

Além disso, a atenção básica em saúde deve promover através de equipe multidisciplinar do NASF a realização de ações ampliando o alcance a qualidade do cuidado. Neste primeiro ponto de atenção, também há os Centros de Convivência que deve oferecer atividades artísticas como música, pintura, artesanato, objetivando o convívio social como ferramenta de cuidado especialmente para pacientes estabilizados.

O segundo ponto de atenção são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que substituem o modelo antigo dos manicômios com a objetivo de evitar internamentos, aos CAPS cabe a compreensão e resolução dos motivos que levaram o usuário à crise, e deve

oferecer oficinas terapêuticas, psicoterapia e atividades na comunidade.

O CAPS é um serviço ambulatorial especializado em saúde mental, que tem como objetivo o tratamento à pessoa em sofrimento existencial em suas diferentes manifestações. Em sua concepção teórica, preconiza o cuidado do indivíduo no território que ele ocupa, respeitando sua subjetividade, a concretude de sua vida com seus problemas, seu trabalho, relações com a família e a comunidade, seus projetos e anseios (Costa-Rosa, 2000).

Nessa perspectiva, saúde mental deve atuar construindo um atendimento que dialogue com os usuários, a partir do que faz sentido e não apenas “por normativas externas - princípios biomédicos, convenções governamentais ou supragovernamentais” (Farinha e Braga, 2018, s.p).

De acordo com Amarante, é nesse contexto que o território emerge como uma força viva de relações dinâmicas - concretas e imaginárias - estabelecidas pelo indivíduo tanto com outros indivíduos como com dispositivos de saúde, educação e cultura (Amarante, 2016).

O atendimento no CAPS deve caminhar no sentido de construir a possibilidade de o usuário retornar para os cuidados na atenção básica conforme os laços, o apoio psicossocial e as práticas de cuidado vão se construindo no território. Porém, como observam Farinha e Braga

[...] ainda hoje vemos alguns CAPS que atuam em uma lógica que não conseguiu romper com práticas tutelares. Diversos problemas traduzem a multiplicidade de meios pelos quais as brechas e interrupções no processo de reforma psiquiátrica aliados aos interesses do mercado no campo da saúde mental reintroduzem discursos e práticas manicomialis no cotidiano da assistência à saúde. A massificação dos atendimentos, dificultando a elaboração desses projetos e uma maior atenção à crise dos sujeitos acompanhada em seu território, ocorre em resposta ao avanço do modelo neoliberal de produtividade por número de atendimentos na saúde. A centralidade na medicação psiquiátrica, sob influência do processo de medicalização da sociedade e carregando interesses tanto da indústria farmacêutica quanto de desinvestimento do Estado na melhoria de condições de vida da população, coopera para a reprodução de um olhar focado na ideia de doença mental, que destitui a autonomia e muitas vezes gera dúvidas, entre a equipe, sobre uma atuação voltada ao cuidado ou à tutela e à disciplina (Farinha e Braga, 2018, s.p).

O terceiro ponto de atenção é o serviço de urgência e emergência, que atende à pessoas com risco iminente de colocar a si e a outros em perigo, composto pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Pronto

socorro nos hospitais gerais e mesmo unidades básicas de saúde, se for o local mais próximo ao da ocorrência.

O quarto ponto de atenção é o hospitalar, que deve preconizar um cuidado humano e eficiente, com o uso de leitos de psiquiatria em hospitais em casos de crises agudas que requerem uma intervenção mais intensa, porém, sem internações prolongadas. A permanência nesses hospitais deve ser a menor possível, e apenas em último caso, ou seja, quando todos os outros serviços já foram esgotados.

De acordo com Lancetti, "a clínica reabilitativa é imanente ao processo de desmontagem manicomial" (2011, p. 21), e devem contemplar ações que transcendam a centralização do modelo biomédico, priorizando tratamento, reabilitação psicossocial, clínica territorial e projetos terapêuticos individualizados (PTI) (Hirdes, 2009).

Ocorre que no Brasil a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos não acompanhou a criação de vagas na rede substitutiva e o sistema possui fragilidades no que se refere a abrangência, acessibilidade e diversificação (Alverga; Dimenstein, 2006). Além disso, a desinstitucionalização requer uma melhor compreensão sobre a loucura, situando-a nas relações entre sujeito e mundo, a fim de "desconstruir/construir - o cotidiano das instituições" (Basaglia, 2001, p. 94). Deve-se mudar a visão e forma de agir com as questões apresentadas pelos sujeitos, num "processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos" (Amarante, 2016, p. 1).

Para isso é importante que haja a desconstrução da “concepção fragmentada e biológica de doença mental e do modelo assistencial dela decorrente” e que o sujeito seja considerado nas diversas relações de âmbito familiar, social e cultural e que seja incluído o cuidado em saúde mental em todas as esferas do SUS e da rede de apoio psicossocial. Nesse sentido a capacitação profissional voltada para a pluralidade e as dimensões ligadas ao sofrimento é de extrema importância para se alcançar mudanças efetivas (Farinha e Braga, 2018, s.p).

Em se tratando de saúde mental, a hierarquização se contrapõe aos princípios do CAPS, em que um serviço atua em diferentes níveis, possibilitando que o usuário em crise grave mantenha seus vínculos (Zambenedetti; Silva 2008). Ainda, a classificação de tipos de crises, “coloca o hospital como gerenciador da crise grave, podendo agravá-la ao romper vínculos em razão da internação, e ainda leva à compreensão do hospital como tratamento

mais complexo, quando a maior complexidade reside em manter o usuário em meio aberto” (Farinha e Braga, 2018, s.p).

O quinto ponto é a Atenção Residencial de caráter transitório, destinada a atender pessoas em situação de rua e em vulnerabilidade extrema. São as comunidades terapêuticas, o principal dispositivo das organizações da sociedade civil e, em muitas regiões, consistem no principal espaço de institucionalização de usuários de álcool e drogas, por vezes, o único.

O processo de disseminação de comunidades terapêuticas no Brasil pode ser situado na própria tensão entre concepções disciplinares e promotoras de autonomia. Originalmente, as experiências de comunidade terapêutica baseiam-se na concepção de autogestão, participação e responsabilidade coletiva, compreendendo o atendimento enquanto criação de novos modos de relação com o outro e apropriação do espaço social, apoiado sobre os "pressupostos que tendem a desconstruir o princípio da autoridade na tentativa de programar uma condição comunitariamente terapêutica" (Basaglia, 2001, p. 117) (Farinha e Braga, 2018, s.p).

O uso de álcool não é considerado uma experiência desvinculada do sofrimento existencial grave, mas uma de suas expressões. Em um mundo em que o consumo e a dependência são elementos cotidianos, pode ocorrer a vivência do abuso de substâncias psicoativas, assim como para Deleuze e Guattari (2010) a fragmentação social das experiências liga-se à vivência esquizofrênica.

Mesmo quando propõe modos democratizados de interação e a desconstrução das relações de violência, as comunidades terapêuticas tendem a criar um espaço paralelo e desarticulado do contexto externo de vida dos internos, constituindo-se como modelo idealizado de vida em grupo, à medida que separam o paciente do seu mundo social (Serrano, 1986). Pois no contexto de risco disciplinar, essas comunidades vinculadas a forte tradição religiosa, podem reproduzir o apartamento social do sujeito e associar o uso de álcool e drogas a ideia de pecado e descrédito moral.

Apesar da importância social dessas iniciativas, em geral todas pressupõem o uso de substâncias psicoativas como doença incurável, embora controlável, e a aceitação de uma figura divina como elemento constituinte do processo de recuperação. (Farinha e Braga, 2018, s.p). Em meio à tradição social autoritária brasileira, cujas experiências no âmbito da saúde mental foram frequentemente excludentes e repressoras (Antunes, 2014).

Essas comunidades se utilizam do modelo de autogestão e de responsabilidade coletiva que exige a reflexão constante sobre as relações entre os participantes, onde parte da

equipe responsável pelas atividades propostas é formada pelos próprios sujeitos asilados e com práticas relacionadas às crenças religiosas ou ideológicas dos internos. Comprometendo um ambiente que poderia ser gerador de autonomia e por isso, contradizendo os propósitos iniciais de suas existências, através de práticas que podem levar à “a desqualificação do interno como sujeito responsável, portanto, como um sujeito de direitos” (Conselho Federal de Psicologia, 2011, p. 193). Ainda, utilizando-se de estruturas autoritárias, portam-se como “mini-hospícios”, não rompendo com a demarcação de espaço para a sanidade e loucura (Conselho Federal de Psicologia, 2011). Além disso, estes modelos de atendimentos comunitários criam dificuldades nos processos de reinserção social, já que não havendo um processo de construção da autonomia, os indivíduos podem apresentar dificuldades em retomar o cotidiano fora da instituição.

Ponto de atenção seis, estratégias de desinstitucionalização, realiza o atendimento após o isolamento forçado que pode ter resultado na perda de vínculos familiares e comunitário através dos Serviços Residenciais Terapêuticos e lares permanentes onde deve ser oferecido cuidado contínuo e oportunidade de ressocialização.

Ponto sete as Estratégias de Reabilitação Psicossocial, que deve oferecer oportunidade de reinserção no mercado de trabalho para reconstrução de autonomia e autoestima.

É importante destacar que vários desses serviços são inspirados em experiências internacionais,

tais como experiências de análise institucional, comunidade terapêutica no modelo de Maxwell Jones, residências terapêuticas, programas de geração de renda, centros de atendimento comunitário e de convivência inspirados na Psiquiatria Democrática italiana, programas de ação territorial baseados na Psiquiatria Comunitária e na Psiquiatria de Setor, experiências de acompanhamento terapêutico baseadas na proposta argentina. Outras propostas surgem a partir de demandas brasileiras, embora sob influxo epistemológico de correntes internacionais (Farinha e Braga, 2018, s.p).

Essas experiências convivem no atual cenário brasileiro de cuidado em saúde mental, no qual encontramos desde espaços asilares clássicos, de cunho manicomial, até experiências que articulam promoção da saúde e promoção da cidadania, enfatizando a crise como restrição do compartilhamento de experiências (Farinha e Braga, 2018).

Sendo assim, mesmo diante dos avanços transformadores, ainda há desafios na efetivação do processo de desinstitucionalização e de consolidação dos cuidados em saúde

mental em meio aberto.

De acordo com Sampaio e Junior, entre as principais dificuldades em curso, destacam-se: “a insuficiência e distribuição desigual dos serviços; o subfinanciamento; a fragilidade na articulação intra e intersetorial, o estigma atribuído ao sujeito em sofrimento mental e as dificuldades de (re)inserção social” (Sampaio e Junior, 2018, p.2).

Como agravante, os autores citam que desde 2016 tem ocorrido a significativa redução de recursos e diminuição da implantação dos novos serviços, “decorrente da crise financeira e dos novos rumos da política nacional, de cunho neoliberal e conservador.”. Somados a isso, “a incorporação de ações e políticas de saúde mental não embasadas em evidências científicas e em consensos internacionais, incluíram os hospitais psiquiátricos e ambulatoriais especializados à RAPS”, em contrapartida houve o aumento do financiamento para internações psiquiátricas e comunidades terapêuticas e incentivaram dispositivos de internação de crianças e adolescentes (Sampaio e Junior, 2018, p.2).

E complementam os autores, que a nova realidade aponta para a desconfiguração das bases da Reforma Psiquiátrica brasileira e o risco de sucateamento dos serviços de base comunitária. Também o desconhecimento pela maior parte da população sobre o funcionamento da Rede de Apoio à Saúde mental (RAPS) e acrescentam que, mesmo com o avanço das publicações na área, há ainda a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que contribuam para o debate nacional relacionado à interlocução entre os diversos pontos de atenção, visto que a disponibilidade e (des)articulação dos serviços impactam negativamente na atenção em saúde mental (Sampaio e Junior, 2018, p. 2).

Essa nova realidade atinge substancialmente a população em geral no atendimento à saúde, mas com relação aos migrantes, há o agravante de falta de informações sobre os serviços, funcionamento da rede, com comunicação e abordagem adequadas, o enfrentamento da invisibilidade, e a compreensão sobre as particularidades socioculturais dessa população.

### 3 A QUESTÃO MIGRATÓRIA E AS INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE TOLEDO, PARANÁ: DOS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O Serviço Social é uma profissão de caráter investigativo e interventivo. Para que a intervenção ocorra de maneira condizente com o que preconiza o compromisso com a classe trabalhadora, e os princípios que regem a profissão, como democracia, liberdade, justiça social e dignidade humana, constantes na lei que regulamenta a profissão - Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993, bem como, pelo Código de Ética profissional, Resolução Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 273 de 13 de março de 1993 -, faz-se fundamental a apreensão das categorias principais a serem abordadas no exercício profissional.

Dessa forma a investigação é parte essencial desse processo. Conforme afirma Guerra:

Partindo do suposto de que o significado que o trabalho profissional do assistente social adquire no processo de produção e reprodução das relações sociais só pode ser interpretado e compreendido na relação entre as necessidades das classes sociais que polarizam sua intervenção, os distintos sujeitos sociais e os interesses antagônicos que o demandam, os espaços ocupacionais, as competências e atribuições profissionais, cabe situar a importância da produção de conhecimento para o Serviço Social. (Guerra, 2009, p.2).

Nesse sentido, é importante que o profissional do Serviço Social compreenda o significado da profissão e sua inserção no contexto de reprodução da sociedade capitalista, pois é, nesse contexto, que surge o que se denomina <sup>13</sup>“questão social”, que segundo Guerra (2009), são “sequelas da relação de exploração de uma classe sobre a outra”. É fundamental ao assistente social, inserido na divisão social e técnica do trabalho, captar as expressões da “questão social” - fome, desemprego, violência, entre outras – através de um referencial teórico que deve condizer com os princípios que regem o fazer profissional, servindo de aporte para ele, afinal, “para intervir é preciso conhecer” Guerra (2009) e para ter apreensão real do objeto, o pesquisador deve ir além da aparência, mesmo que essa a aparência seja a primeira forma de percepção desse objeto, afinal, conforme diz Netto (2011):

---

<sup>13</sup> A expressão “questão social” está colocada entre aspas, pois parte-se do entendimento de José Paulo Netto, no sentido de eu as aspas indicam que a “questão social” não é uma categoria no sentido marxista, mas um conceito reflexivo sobre as expressões das desigualdades sociais geradas pelo capitalismo.

O objetivo do pesquisador, indo além da aparência fenomênica, imediata e empírica - por onde necessariamente se inicia o conhecimento, sendo essa aparência um nível da realidade - é, apreender a essência (ou seja: a estrutura e a dinâmica) do objeto. Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto” (Netto, 2011, p.22).

Ou seja, o objetivo do pesquisador é a obtenção do conhecimento e esse conhecimento é o processo de desvelamento da realidade, que se constrói através de procedimentos adequados. Estamos nos referindo ao conhecimento oriundo também da dialética, pois, “o conhecimento oriundo da razão dialética capta o movimento do objeto e sua lógica de constituição [...], seus fundamentos e sua capacidade de transformar-se em outro”. Guerra (2009). Um conhecimento que pretende compreender a contradição do objeto, que está para além do empirismo e da intuição. Como afirma, Netto:

Por isso, o conhecimento concreto do objeto é o conhecimento das suas múltiplas determinações - tanto, mais se reproduzem as determinações de um objeto, tanto mais o pensamento reproduz a sua riqueza (concreção) real. As “determinações as mais simples” estão postas ao nível da universalidade; na imediatez do real, elas mostram-se como singularidades - mas o conhecimento do concreto opera-se envolvendo universalidade, singularidade e particularidade (Netto, 2011, p.22).

É necessário, portanto, a compreensão da totalidade e das totalidades parciais, ou seja, o movimento que o sujeito deve fazer de decompor e recompor o objeto e assim perceber que nele estão envolvidos outros elementos, outras determinações, chamadas de totalidades parciais. Esse intercâmbio entre sujeito e objeto, resulta em novas determinações, num movimento constante de perguntas e respostas entre sujeito e objeto. Conforme o sujeito realiza esse movimento, esforça-se para compreender o seu modo de ser do objeto, o contexto histórico em que se insere, quais os elementos que o compõe, como se comunicam e que relações estabelecem, que forças predominam e quais se submetem, buscando conhecer a totalidade desse objeto.

A totalidade é composta pelas três dimensões que compõe a realidade, a dimensão universal, particular e singular, que se articulam entre si e fazem parte do mesmo objeto. E segundo Guerra (2009, p.13), “são parte constitutiva do mesmo objeto, são sempre articuladas entre si, se auto implicam e se autoexplicam, e a interpretação do objeto tem em vista captá-las.”

Acrescenta a autora sobre o caráter investigativo da profissão:

“ [...] a investigação é inerente à natureza de grande parte das competências profissionais: compreender o significado da profissão e seu desenvolvimento sócio-histórico, identificar as demandas presentes na sociedade, realizar pesquisas que subsidiem a formulação de políticas e ações profissionais, realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social, identificar recursos. Essas competências referem-se diretamente ao ato de investigar, de modo que, de postura a ser construída pela via da formação e capacitação profissional permanente (cuja importância é inquestionável), a investigação para o Serviço Social ganha o estatuto de elemento constitutivo da própria intervenção profissional” (Guerra, 2009, p.13).

Notadamente a pesquisa para o Serviço Social fornece subsídios para analisar o processo de produção e reprodução da vida social no modo de produção capitalista e possibilita a instrumentalização do assistente social na elaboração de projetos de intervenção e na própria intervenção profissional.

Em seu trabalho, o assistente social tem contato com as múltiplas expressões das relações sociais, o que lhe permite ter a sua disposição dados e informações sobre várias formas de manifestação das desigualdades e exclusão dos sujeitos, o que lhe proporciona um conhecimento direto da realidade. Dessa forma pode intervir diretamente e responder a essa realidade. Mas há também outra forma de conhecimento através de experiências produzidas por pesquisas, o conhecimento teórico que dará aporte a sua intervenção. A teoria é uma forma de conhecimento como muitas outras, tem um caráter de conhecimento indireto pois é obtida através das pesquisas já existentes sobre o objeto. Para Netto:

é uma modalidade peculiar de conhecimento como outras modalidades. Mas a teoria se distingue de todas essas modalidades e tem especificidades, o conhecimento teórico – o conhecimento do objeto - de sua estrutura e dinâmica - tal como ele é em si mesmo, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador. A teoria é para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa (Netto, 2011, p.21).

É pela necessidade desse desvelamento da realidade, da compreensão das categorias em sua totalidade, da apreensão dos elementos compõe as relações sociais, através de uma análise histórica do objeto e de seu movimento, que, ao se escolher um método para a realização de pesquisa em Serviço Social, a categoria define o materialismo, histórico-dialético. O método construído por Marx é considerado o mais adequado à realidade

profissional, já que, isso permite a compreensão da realidade social como uma totalidade complexa, permeada por contradições e onde se faz mediações.

De acordo com Guerra (2009, p. 15), tem-se no Brasil, desde o final dos anos 1980, uma produção científica e bibliográfica forte e expandida para outros países da América Latina, e acrescenta, que se foi da tradição marxista e das ciências sociais a responsabilidade sobre os avanços da pesquisa em nosso país, também coube a tradição marxista “todas as polêmicas relevantes levantadas sobre o significado da profissão, suas técnicas, questões sobre o Estado, significado das políticas sociais, o papel dos movimentos sociais e sua organização, os processos de efetivação da democracia e da cidadania (entre outros)”.

Essa referência marxista também é responsável pela valorização da pesquisa no interior da própria profissão, e no reconhecimento da capacidade e da qualidade intelectual de seus interlocutores.

Sobre isso, Bourguignon (2007) afirma:

A década de 80 marca o reencontro do Serviço social consigo mesmo, no que se refere a busca de estabelecimento de novas bases para a compreensão do seu passado histórico, das particularidades de sua prática na sociedade marcada por relações de classe, da sua relação com o Estado e com as forças da sociedade civil e de sua posição quanto às demandas sociais, cada vez mais complexas, situando-se no âmbito da divisão sociotécnica do trabalho (Bourguignon, 2007, p.47).

Ainda, na mesma época, como afirma o mesmo autor (2007), a profissão enfrenta questões sobre políticas sociais, principalmente com relação a saúde, assistência e previdência social, bem como do trabalho. Esses temas geram produções acadêmicas que dão visibilidade às temáticas e a profissão. Isso deve ao fato de que a pesquisa em Serviço Social se realiza conforme as necessidades e elementos que surgem do movimento histórico das relações sociais, resultado da própria dinâmica das mudanças impostas pelo modo de produção capitalista. Ou seja, as pesquisas realizadas pelo Serviço Social, estão intimamente relacionadas às expressões da “questão social” e suas múltiplas manifestações.

A atitude investigativa da profissão é constitutiva e constituinte, a primeira porque a prática profissional se fundamenta pela relação dinâmica entre teoria e prática, sendo necessário para esse movimento a compreensão crítica dos fenômenos sociais para que nele possa intervir. A segunda porque pelo notável avanço da produção de conhecimentos

relacionados a formação e as políticas públicas proporcionam uma construção crítica da própria profissão.

Com relação aos sujeitos nas pesquisas do Serviço Social, conforme o projeto ético-político da Profissão, devem ter centralidade. Isso significa que as pesquisas não devem apenas compreender as questões estruturais, mas a totalidade do processo de reprodução material do ser social e das relações sociais, bem como, estes sujeitos se relacionam com a realidade social. Segundo Bourguignon (2007):

A pesquisa para o serviço social deve gerar um conhecimento que reconheça os usuários dos serviços públicos como sujeitos políticos que são, capazes, também, de conhecer e intervir em sua própria realidade com autonomia, desvencilhando-se das estratégias de assistencialismo, clientelismo e subalternidade, tão presentes nas ações governamentais e políticas públicas. As pesquisas têm como possibilidade latente a valorização do povo, da riqueza de suas histórias, de suas experiências coletivas, mobilizadoras de novas formas de sociabilidade (Bourguignon, 2007, p.51).

Por fim, vale destacar que apesar da filiação da profissão nos idos anos 1980 ao método do materialismo histórico-dialético, há coexistência, ainda, de correntes teóricas de interesses e métodos diferentes o que tem dificultado o rompimento definitivo com condutas onde a práxis é vista apenas como prática.

São desafios postos a profissão, mas, como afirma Setubal (2007), “[...] apesar das dificuldades apresentadas, [...] a produção do conhecimento pela via da pesquisa é o caminho que possibilita o rompimento do Serviço Social com a pseudoconcretividade [...]”. (Setubal, 2007, p. 65)

Isso significa dizer que o caminho é a pesquisa, que quando o profissional assistente social se dispõe a pesquisar, passa a conhecer o objeto de forma concreta e a se transformar na medida em que pesquisa. Daí a importância da pesquisa e da utilização do método de Marx.

Neste capítulo será abordado o caminho pelo qual se construiu a presente pesquisa, considerando que a metodologia é o conjunto de concepções teóricas de abordagem, de técnicas e da criatividade do pesquisador, a operacionalização da pesquisa científica está, grande parte, condicionada pela construção e decisão do próprio processo metodológico a ser empregado (Minayo, 2013).

Para tanto, para explorar a investigação em torno da temática da **“Migração Internacional e a Saúde Mental”**, da qual derivou a delimitação sobre como vem sendo realizado

o atendimento à saúde mental de migrantes internacionais no município de Toledo-PR, foi elencado o seguinte objetivo geral: Analisar o acesso aos serviços de saúde mental da população migrante no município de Toledo e para isso, foram elencados os seguintes objetivos específicos: a) compreender as implicações do processo migratório na saúde mental dos migrantes internacionais, b) discutir a atenção em saúde mental ofertada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e institucionalizadas pela Política de Saúde Mental (PNSM), c) analisar as demandas com relação à saúde mental apresentadas pelos migrantes internacionais atendidos no município de Toledo-PR. Sendo assim, optou-se pela realização de uma pesquisa de **abordagem qualitativa, exploratória, documental e de campo**.

A abordagem da **pesquisa realizada é qualitativa** e de caráter exploratório. Segundo Minayo (2013), a abordagem de pesquisa, que busca compreender questões particulares dos fenômenos, que vão além daquilo que se é quantificado, ou seja,

[...] Ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (Minayo, 2013, p. 22).

Já “[...] a **pesquisa exploratória** busca apenas levantar informações sobre um determinado objeto delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto” (Severino, 2007, p. 123, grifo nosso). Neste sentido buscou-se realizar uma aproximação com o objeto, através da leitura exploratória, que: “[...]também se constitui em uma leitura rápida, cujo objetivo é verificar se as informações e/ou dados selecionados que interessam de fato para o estudo” (Lima; Mioto, 2007, p.41). Neste momento buscou-se em livros, artigos e bancos de dados, informações sobre o fenômeno migratório, a política migratória no Brasil, a política de Saúde no Brasil e a Política e Saúde mental no Brasil e no município de Toledo. E na sequência realizou-se uma leitura seletiva, já que esta [...] procura determinar o material que de fato interessa, relacionando-o diretamente aos objetivos da pesquisa” (Lima; Mioto, 2007, p.41).

Para a realização da pesquisa foram definidas categorias principais, quais sejam, Migração Internacional e Saúde mental, das quais tentou-se realizar a apreensão dos conceitos, do movimento histórico percorrido e a determinações imposta pelo modo de produção capitalista.

Como o objetivo geral é: *Analisar o acesso aos serviços de saúde mental da população migrante no município de Toledo*, realizou-se **pesquisa documental**, que de acordo com Severino, 2007, “[...] tem-se como fonte documentos no sentido amplo, ou seja, não só de documentos impressos, mas sobretudo de outros tipos de documentos, tais como, jornais, fotos, filmes, gravações, documentos legais” (Severino, 2007, p. 122 e 123).

Com relação ao universo da pesquisa foram escolhidos os trabalhadores da saúde mental do município e, dentre eles, os 3 (três) coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial do município, pois partiu-se do princípio de que, por exercerem cargo de gestão, teriam conhecimento numa dimensão de totalidade, sobre o funcionamento do atendimento da Rede de Saúde mental. Tendo em vista que, os casos mais complexos são encaminhados para esse atendimento.

A partir daí foi realizada a **pesquisa de campo** através de **entrevista semiestruturada**. Para que isso fosse possível, foi protocolado junto a Secretaria de Saúde do Município o termo de “Autorização de Instituição Coparticipante” (Apêndice A), acompanhado do resumo do projeto de pesquisa, conforme resolução da UNIOESTE, com vias encaminhadas para a Secretário Municipal da Saúde que autorizou a coleta de informações junto aos coordenadores dos Centro de Atendimento Psicossocial do Município (CAPS), quais sejam, CAPSi, CAPS II e CAPS AD. Com a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE: 79853524.8.0000.0170) e de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas em ciências humanas, foi utilizado como fonte de dados um questionário semiestruturado com perguntas objetivas e abertas, que foram respondidas pelos coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Toledo. Os sujeitos da pesquisa de campo estão identificados como **S1, S2 e S3**.

Com relação à pesquisa de campo Severino (2007) aponta:

Na pesquisa de campo o objeto/fonte é abordado em seu meio ambiente próprio. A coleta de dados é feita nas condições naturais, em que os fenômenos ocorrem, sendo assim, diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador. Abrange desde os levantamentos (surveys) que são mais descritivos até estudos mais analíticos (Severino, 2007, p. 122).

Já com relação a técnica da entrevista semiestruturada, optou-se por ela porque é aquela cuja forma é mais flexível, onde utiliza-se um roteiro, prévio, porém permite que no decorrer da entrevista, caso surjam outras questões, elas possam ser feitas. De acordo com Minayo (2013) é o tipo de entrevista que:

[...] obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semiaberta facilita a abordagem, e assegura, sobretudo aos investigadores, menos experientes que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa (Minayo, 2013, p. 267).

Levando em consideração que a estimativa do atual número de migrantes internacionais que vivem no município é de 4.200 pessoas de 42 nacionalidades – dados informados por organização da sociedade civil, Embaixada Solidária (2025). - Inicialmente buscou-se contextualizar o local da pesquisa, ou seja, o município de Toledo-PR, em suas dimensões, históricas, geográfica e econômica. Em seguida abordou-se a Política de saúde e a organização da rede de atendimento, enfatizando a Rede de Atendimento à Saúde Mental.

Com relação a metodologia de análise utilizada, empregou-se a **análise de conteúdo**, que,

É uma metodologia de tratamento e análise de informações, constantes de um documento, sob forma de discursos pronunciados em diferentes linguagens: escritas, orais, imagens e gestos. Um conjunto de técnicas de análise de comunicação. Trata-se de compreender criticamente o sentido manifesto ou oculto das manifestações (Severino, 2007, p. 121).

A técnica de análise de conteúdo conhecida como técnica de Bardin, pois foi desenvolvida por Laurence Bardin, que “objetiva analisar o que foi dito em meio a uma investigação, construindo e apresentando concepções em torno de um objeto de estudo” (Sousa; Santos, 2020, p.1397).

Assim, a partir das leituras do material levantado, foram realizadas as análises qualitativas, temáticas das informações coletadas, com o objetivo de compreender como o atendimento as demandas de saúde mental do migrante internacional vêm sendo realizado pelo Município, no contexto da Política de Saúde. E optou-se por organizar a apresentação e discussão a partir de quatro eixos: 1) A invisibilidade do migrante internacional na Rede de atendimento à Saúde mental; 2) A Rede de atendimento em saúde mental do município e os princípios que regem o SUS; 3) O atendimento à saúde mental na lógica neoliberal e 4) A educação permanente vincula aos preceitos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

Por fim, compromete-se a realizar a devolutiva sobre os resultados alcançados com a pesquisa junto aos participantes, através de documento contendo um compilado, de maneira resumida sobre as análises feitas, com propostas para melhoria no atendimento aos migrantes internacionais na saúde mental. Tal material será um documento consistente num resumo entregue para a Secretaria de Saúde e os CAPSs do município.

### 3.1 ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS E ECONÔMICOS DO MUNICÍPIO

A Migração também faz parte da formação e do desenvolvimento do município de Toledo, Paraná, assim como, a região geográfica em que se localiza, chamada mesorregião Oeste, que é composta também pelos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu. Tal região foi ocupada outrora por indígenas e espanhóis, pertenceu a Capitania de São Paulo e formava o chamado Território Federal do Iguaçu, que foi anexado ao Brasil após vários tratados com a Espanha, passando então a pertencer à província de São Paulo.

A região obteve sua emancipação política em 1853 e tornou-se parte da Província do Paraná, mas já era conhecida desde a primeira metade do século XVI, quando Dom Alvar Nunes Cabeza de Vaca percorreu, acompanhado de indígenas e europeus, o território paranaense de Leste a Oeste, em direção ao Paraguai, onde assumiu o governo em nome do rei da Espanha (Priori *et al*, 2012).

Na época da emancipação, a região já havia recebido migrantes europeus, principalmente eslavos, poloneses, ucranianos, alemães e italianos e, de acordo com historiadores, o processo de ocupação do local ocorreu em quatro etapas: a) A primeira, e mais antiga, decorre da ocupação pelos índios que se faziam presente em toda a América do Sul. E a presença de grupos como os Xetá, Kaingang e Guaraní foi notada, ainda, no processo mais recente da colonização, fazendo com que essa população fosse mais uma vez reprimida. “Pois, assim como ocorreu em outras regiões paranaenses, a ocupação de novas terras pelas populações brancas, tanto europeias quanto brasileiras, ocorreu, sobrepondo territórios nativos”. b) Na segunda etapa tem-se a atuação e presença dos padres jesuítas espanhóis que desenvolviam as missões pelo território. Destaca-se que apesar de destruídos pelos bandeirantes paulistas, na primeira metade do século XVII, nessas aldeias e em toda a região, se conservava a forte presença espanhola. c) A terceira etapa data do período entre 1881 e 1930, onde se destaca a extração de erva-mate e de madeira. Por fim, a quarta fase ou a etapa recente, aconteceu principalmente pela atuação das empresas colonizadoras. (Priori *et al*, 2012, p. 75).

No início do século XX ocorreu na região um significativo aumento populacional, que pode ser explicada através da chegada de 100 mil migrantes que vieram para todo o Paraná e acrescentaram características diferenciadas à população. Há também um grande

deslocamento interno, com pessoas que vinham de outras regiões do país, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul (Priori *et al*, 2012).

Especialmente o município de Toledo, teve sua colonização em meados do século XIX e começou a ser explorada por colonos vindos de outras regiões do país e de países como a Alemanha, Itália, Polônia e Ucrânia, e em 1946 foi criada a Companhia Melhoramentos Norte do Paraná, com o objetivo principal de promover a ocupação e o desenvolvimento da região, através de projetos de colonização que atraíram muitas famílias de agricultores, que se estabeleceram em propriedades rurais e deram início à produção de variados grãos, principalmente de milho e feijão (Priori *et al*, 2012)

Com o aumento do desenvolvimento, em 1951, o próprio Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou um censo que apontou a necessidade de criar um município próprio e em 14 de dezembro de 1952, foi criado o município de Toledo.

A partir de então, o fluxo migratório e constante marca o desenvolvimento de Toledo-PR, seja pelos deslocamentos de pessoas vindas de outras regiões do país ou de outros lugares do mundo.

De acordo com Priori *et al*, (2012), o nome do município de Toledo foi uma homenagem ao chamado Arroio Toledo, um rio utilizado durante a colonização para dar acesso aos transportes de produtos. Escolhido pelos ingleses, o nome também faz menção ao Sr. Toledo, aquele que mantinha um pouso próximo ao rio no qual futuramente ficaria conhecido pelos que aqui chegavam como Pouso Toledo.

Também chegaram à região os colonizadores gaúchos, Alfredo Paschoal Ruaro e Alberto Dalcanale vieram após ouvir as narrativas de soldados rio-grandenses que, ao retornarem para as terras de origem, relatavam um lugar abundante e cheio de riquezas, o Estado do Paraná. Neste período o território ainda pertencia Federal do Iguaçu e se desenvolveu rapidamente, através da chegada de migrantes (Priori *et al*, 2012)

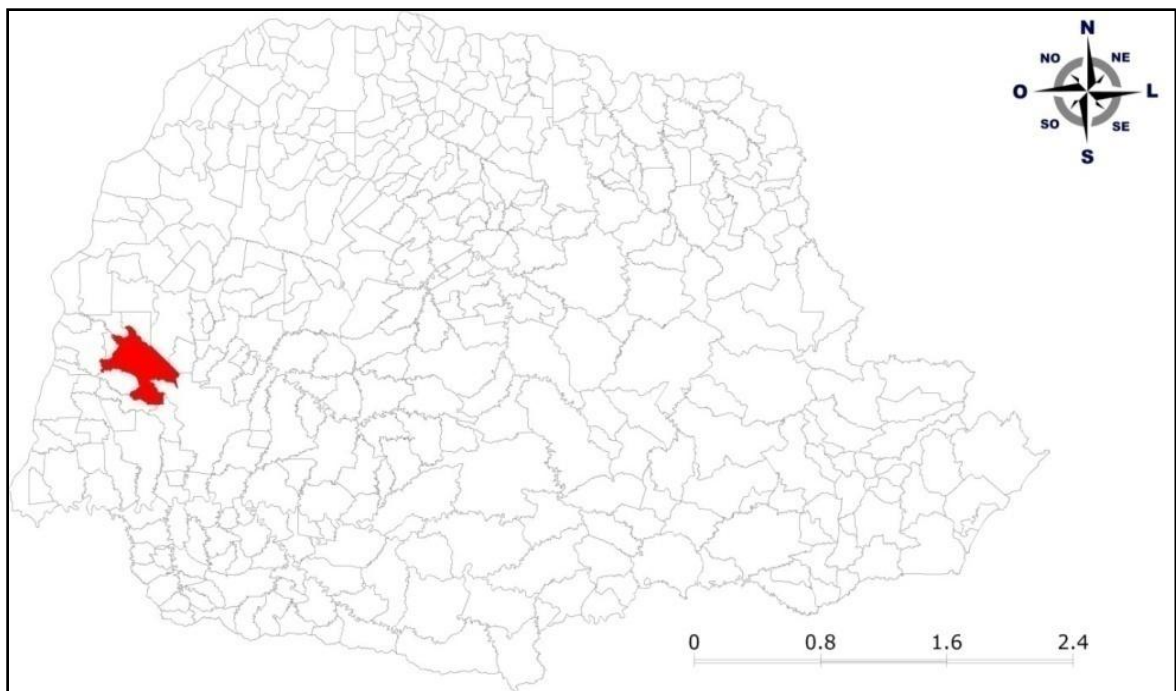
Após sua emancipação em 14 de novembro de 1951, através da Lei nº 790, ocorreu a definitiva divisão político-administrativa entre o município de Foz do Iguaçu e o município de Toledo e no ano seguinte, a primeira eleição realizada em 14 de dezembro, elegeu Ernesto Dall'Oglio como prefeito (Priori *et al*, 2012).

Geograficamente o município faz parte do Terceiro Planalto Paranaense, tendo como divisa ao norte o município de Palotina e Nova Santa Rosa; ao nordeste, Assis Chateaubriand e Tupãssi; ao leste faz divisa com Cascavel; ao sul com Vera Cruz d'Oeste e Céu Azul; ao

sudoeste com Vera Cruz d'Oeste e Matelândia e ao oeste com Santa Helena e Marechal Cândido Rondon (IPARDES, 2025).

Sua divisão territorial interna, está organizada em vinte e seis bairros pela cidade, além de nove distritos. (IPARDES, 2025). Essa distribuição de bairros possibilita perceber o crescimento contínuo da população e do aumento das regiões, evidenciando as expressões da desigualdade social entre eles.

**Figura 1 – Localização atual do Município de Toledo no Paraná – 2022**



Fonte IBGE,(2022)

Demograficamente, a mesorregião oeste do Paraná possuía nos anos de 1940, de acordo com o censo da época, 7.645 habitantes e em 1950, já contava com 16.421, e o município seguiu esse crescimento populacional, que se intensificou a partir de 1946 com a chegada dos primeiros migrantes, que inicialmente realizavam a extração e beneficiamento de madeira, bem como, a comercialização de terras (Rippel, 2022, p. 84).

O mesmo autor demonstra na tabela a seguir, o aumento populacional levando em consideração a população urbana e rural do município:

**Tabela 1 – Evolução da população urbana e rural de Toledo/PR 1956-2020**

| Ano  | Populaçã<br>o Urbana | Populaçã<br>o Urbana<br>% do<br>Total | Variação<br>% no<br>período | Populaçã<br>o Rural | Populaçã<br>o Rural %<br>do Total | Variação<br>% no<br>período | População<br>Total |
|------|----------------------|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| 1956 | 2.720                | 27,35                                 |                             | 7.225               | 72,65                             |                             | 9.945              |
| 1960 | 7.611                | 29,92                                 | 117,86                      | 17.363              | 70,08                             | 163,43                      | 24.774             |
| 1970 | 14.986               | 21,76                                 | 152,88                      | 53.899              | 78,24                             | 183,18                      | 68.885             |
| 1980 | 42.994               | 52,90                                 | 187,12                      | 38.288              | 47,10                             | -29,01                      | 81.282             |
| 1991 | 72.402               | 76,30                                 | 68,26                       | 22.477              | 23,70                             | -41,24                      | 94.879             |
| 2000 | 85.920               | 87,50                                 | 18,67                       | 12.280              | 12,50                             | -45,37                      | 98.200             |
| 2007 | 98.606               | 89,76                                 | 14,76                       | 11.251              | 10,23                             | -8,38                       | 109.857            |
| 2010 | 108.287              | 90,73                                 | 9,82                        | 11.066              | 9,27                              | -1,64                       | 119.353            |
| 2020 |                      |                                       |                             |                     |                                   |                             | 144.601            |

Fonte: Rippel, 2022, p.87

A tabela demonstra uma população de 144.601 em 2020 e dados atuais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, através do censo em 2022, divulgado no mês de agosto do mesmo ano, chegou ao número de 150.470 habitantes, o que significa, em comparação com o censo anterior realizado em 2010, um aumento populacional de 26,11%. (IBGE, 2022). E de acordo com o Instituto Paranaense do Desenvolvimento Social, IPARDES (2025), esse número aumentou para 158.620 habitantes até o ano de 2024.

Outra observação importante é com relação ao aumento substancial da população urbana em comparação a população rural na década de 1990. É a primeira vez que se registra uma diferença significativa entre as populações, até então, em números equivalentes em ambos os territórios.

Com relação a população migrante internacional, não há informações em nenhum dos Institutos citados. O IPARDES destaca apenas o número de trabalhadores nesta condição, informando que entre 2018 e 2022, o número de trabalhadores “estrangeiros” com emprego formal quase dobrou no estado do Paraná. E acrescenta:

No período analisado, o total de trabalhadores formais não nascidos no País saltou de 19.605 para 37.703 no Estado, o que representa um aumento de 92% neste contingente. Ou seja, nos cinco anos, o Estado teve 18.098 contratações a mais que o número de demissões. O número também inclui os brasileiros naturalizados – estrangeiros que vivem no Brasil e passaram pelo processo legal de obtenção de cidadania. [...]. Em 2022, o Paraná registrou o maior volume de imigrantes que ingressaram no mercado formal de trabalho no Brasil: 8.379. O número representa 23,4% de todos os estrangeiros que obtiveram um emprego com carteira assinada no Brasil no ano (IPARDES, 2022).

Neste sentido, além da falta de informações estatísticas sobre o número de habitantes migrantes, a contagem se refere aos trabalhadores formais, ou seja, há invisibilidade dos demais, inclusive os que estão desenvolvendo atividades laborais na informalidade e aqueles que estão “desocupados”.

Com relação a economia do município, ela inicia-se com o extrativismo, posteriormente com a agricultura e por fim, a atividade agroindustrial. Nesse processo de desenvolvimento, houve investimentos no agronegócio e o incentivo da vinda de indústrias para o município, o que resultou no êxodo rural. Já com relação as terras cultivadas, uma nova dinâmica se observa com a mecanização, desmatamentos e o uso desenfreado de agrotóxicos com a consequente poluição dos rios.

Este recente cenário de desenvolvimento acarretou a necessidade de um planejamento público, com relação ao saneamento básico, infraestrutura urbana e rural. Tal organização atraiu novos investimentos privados, a regulamentação das indústrias gerou a necessidade de planejar o entorno da área urbana, criando a comunicação dos sistemas de águas sanitárias, esgoto, ambientes de recreação e a proteção paisagística da cidade. (Rippel, 2022).

Na atualidade, especialmente após o ano 2000 a economia municipal, fortemente voltada para a produção agroindustrial, onde se destacam a criação de aves e leite, a produção de grãos, como soja, trigo, milho, feijão, girassol e amendoim, e ainda, algodão, fumo e mandioca e o número expressivo de criação de suínos, (IPARDES, 2025), apresenta um crescimento significativo também na indústria, é o que observa Rippel,(2022, p.94), quando afirma que o município vivencia uma reestruturação intersetorial, entre os anos de 2000 a 2010, pois a produção de bebidas e alimentos reduz de 59,7% para 43,5%, em contrapartida a indústria farmacoquímica passa exibir um crescimento de 3,9% para 13,4%, além da expansão das indústrias de couro calçadista, mecânica e da construção civil.

Nesse novo contexto que se instala de desenvolvimento, também ocorre, exponencialmente o crescimento da pobreza. Isso porque, conforme Netto (2007), no modo de produção capitalista, o crescimento da pobreza está diretamente ligado a produção da riqueza que fica concentrada em poder do capital, resultando na ““questão social””.

Em sua obra Cinco Notas a propósito da “questão social”, Netto conceitua a ““questão social”” como sendo um resultado da sociedade no século XIX e da Revolução Industrial, onde a riqueza socialmente produzida passa a ser apropriada por uma classe, dona

dos meios de produção. A partir daí as manifestações imediatas da “questão social”, conhecidas como expressões da “questão social” passam a emergir, sendo entendidas como um desdobramento da sociedade moderna capitalista, resultado da contradição ente o capital e trabalho.

O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a “questão social” – diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da “questão social”; esta não é uma sequela adjetiva ou transitória do regime do capital: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornando potência social dominante. (Netto, 2001). E sua manifestação está presente no cotidiano e atinge diretamente a população através de expressões como desemprego, fome, doenças, entre outras.

A expressão “questão social” surge para dar conta do fenômeno mais evidente da história da Europa Ocidental que experimentava os impactos da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra no último quartel do século XVIII: trata-se do fenômeno do pauperismo. A designação desse pauperismo relaciona-se diretamente aos seus desdobramentos sócio-políticos (Netto, 2001 p. 42).

Dentro desse contexto o município de Toledo teve que instituir e ampliar atendimento na esfera social. Porém, instituição e ampliação de medidas que respondam as expressões da “questão social”, não ocorrem de maneira linear e homogênea, pois a influência do meio interfere nas ações. E aqueles que influenciam na tomada das decisões, tendem a fazê-lo de acordo com seu próprio interesse, invisibilizando parte da população.

É o caso da população migrante internacional, invisibilizada em todas as esferas, federal, estadual e municipal, e no caso desta pesquisa no contexto da Política de Saúde, embora não se exclua das outras dimensões dos sujeitos envolvidos. Destacando que no município de Toledo, a responsabilidade pelo atendimento da população migrante está sendo delegada as instituições religiosas e as organizações da sociedade civil que têm respondido as suas necessidades urgentes e de longo prazo. Deixando claro que o Brasil, enquanto não construir uma política migratória, continuará sendo um país que recebe, mas que não acolhe!

### 3.2 POLÍTICA MUNICIPAL E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

De acordo com o Ministério da Saúde, através da Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, as redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde,

de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Essas redes de Atenção à Saúde têm por objetivo prestar a atenção certa, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, com responsabilidades sanitária e econômica (Mendes, 2011).

No Estado do Paraná a atenção a saúde da população está organizada a partir de redes de atenção à saúde, descritas no Plano Estadual de Saúde com vigência de 2024 à 2027. Dentro desta Rede se tem as Linhas de Cuidado a saúde e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

No município de Toledo, essa rede de atenção, conhecida como RAS, presta assistência à saúde no âmbito do SUS, onde as Unidades Básicas de saúde são as principais portas de entrada desse sistema, realizando o primeiro atendimento na atenção primária. Faz parte desta rede ainda as Unidades de Saúde Mental, Unidades de urgência emergência, Unidades de Assistência Farmacêutica, Central de Especialidade Municipal, Centro de Reabilitação e demais serviços de Apoio diagnóstico.

Na rede credenciada há hospitais e o CISCOPAR- Consórcio Intermunicipal Costa Oeste do Paraná, que atendem ao município ofertando consultas, exames e procedimentos especializados. Atualmente, conforme relatório extraído do site do CNES, o município de Toledo, possui 77 estabelecimentos de saúde que atende SUS. Destes 57 com gestão Municipal, 31 gestão Estadual, sendo 10 deles de dupla gestão (Toledo, 2021).

| TIPO DE ESTABELECIMENTO                          | QUANTIDADE |
|--------------------------------------------------|------------|
| Central de Abastecimento                         | 1          |
| Central de Gestão em Saúde                       | 2          |
| Centro de Atenção Hemoterapica e ou Hematologica | 1          |
| Centro de Atenção Psicossocial                   | 4          |
| Unidades Básicas de Saúde                        | 26         |
| Centro de Especialidades                         | 11         |
| Consultório Isolado                              | 2          |
| Farmácia                                         | 3          |

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| Hospital Geral                                        | 1  |
| Polo Academia de Saúde                                | 1  |
| Pronto Atendimento                                    | 2  |
| Unidade de Apoio Diagnose e Terapia                   | 20 |
| Unidade Móvel de Nível Hospitalar na área de Urgência | 3  |

Dados obtidos através do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 e do DataSus/CNE, 2025

Em relação a organização da Secretaria de Saúde, no ano de 2021, ocorreram alterações na Lei Orgânica do município, que passaram a vigorar de acordo com a Lei Nº 2.344, de 15 de julho de 2021, que dispõe sobre a estrutura de órgãos e cargos em comissão da administração direta do Poder Executivo do Município de Toledo e define as respectivas atribuições específicas e em seu Capítulo I, que trata da Estrutura organizacional da administração direta, prevendo no seu inciso XIII, a estruturação da Secretaria da Saúde da seguinte forma: a) Gabinete; b) Departamento da Rede de Atenção Primária em Saúde; c) Departamento de Vigilância em Saúde; d) Departamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências; e) Departamento Administrativo e Financeiro. Importante destacar também a existência do Conselho Municipal de Saúde e da Ouvidoria, dois órgãos com poderes independentes (Toledo, 2021)

A rede de Atenção Primária em Saúde do Município de Toledo está organizada com Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas na área urbana e rural totalizando 26 estruturas físicas, além disso, a Atenção Primária à Saúde conta com o Ambulatório Materno e Infantil (AMI), dois Centros de Revitalização da Terceira Idade (CERTIs), Ambulatório de Feridas e o Polo de Academia à saúde, sendo estas a principal porta de entrada ao SUS no município (Toledo, 2021).

Com relação as Equipes de Estratégia de Saúde da Família, são 32 equipes distribuídas pelos bairros e distritos no interior do município. Ainda, há uma Unidade com adesão ao Programa Saúde na Hora, que é a Unidade do Jardim Europa. O Programa Saúde na Hora amplia o horário de atendimento nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde durante a noite, horário de almoço e/ou fim de semana, com o objetivo de oferecer o acesso aos serviços de saúde em horários mais flexíveis, neste sentido a Unidade do Jardim Europa realiza uma carga horária de no mínimo 60 horas semanais, com 12 horas diárias ininterruptas, de segunda-feira a sexta-feira, durante cinco dias úteis (Toledo, 2021).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo que centraliza a atenção a saúde das pessoas, da família e do território e desempenha um papel crucial na reorganização da Atenção Primária à Saúde (SAPS) no Brasil, e deve alinhar-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), **com o objetivo de reorientar o processo de trabalho para fortalecer o cuidado.**

Neste sentido, deve estar estruturada para atender **“à diversidade e singularidade das necessidades de saúde da população brasileira”**, e fundamentada no trabalho de equipes **“multiprofissionais e considera as especificidades territoriais, culturais e sociais, desenvolvendo ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população”** (Brasil, s.d).

A Estratégia Saúde da Família, portanto, deve ser é um modelo de atenção à saúde que se caracteriza pelo trabalho em Equipe, atuando sobre um território definido e tendo responsabilidade sanitária pela população adstrita a ele. É composta por Agentes Comunitários de Saúde, Técnico de Enfermagem, Enfermeiro e Médico, sendo possível ainda a composição com cirurgião dentista, técnico de saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal, além da equipe de apoio que é composta por assistente administrativo e auxiliar de serviços gerais.

Em Toledo, a Estratégia Saúde da Família foi implantada em 2010, com a atuação de três Equipes, na região leste da cidade, mais especificamente no Jardim Europa. Em 2011 iniciaram-se as atividades de mais duas Equipes, no Jardim São Francisco, região sul da cidade, e gradativamente foi se expandido de forma que hoje o município possui 32 Equipes de Saúde da Família implantadas e distribuídas em diferentes localidades. (Toledo, 2021)

A atenção especializada é dividida em atenção secundária e terciária, que são, respectivamente, média e alta complexidade. A média complexidade é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatorios e envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas (Brasil, 2022).

Em Toledo, a oferta de consultas de algumas especialidades tem sido marcada, ao longo dos anos, pela dificuldade de acesso, seja por falta de profissionais qualificados e disponíveis ou ainda, pelo grande volume de encaminhamentos e até uma alta taxa de absenteísmo por parte dos usuários. Sendo o maior desafio as especialidades de angiologia, ortopedia e urologia.

A Central de Especialidades realiza todo o agendamento para as consultas e exames especializados, disponibilizados pelo CISCOPAR e SUS, neste local, são realizadas as consultas especializadas, exames de ultrassom, eletrocardiograma e alguns procedimentos, como exames de oftalmologia e pequenos procedimentos cirúrgicos. Além disso, a Central de especialidades tem como parte integrante o Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares, oferecendo: Fisioterapia adulto, infantil, ped suit, e fisioterapia domiciliar. (Toledo, 2021)

O Centro de Fisioterapia, Reabilitação e Terapias Complementares, considerado um serviço de média complexidade, atende desde o ano de 2020 e possui uma equipe multiprofissional, formada por 03 fisioterapeutas e 01 enfermeira, que realizam atendimento em fisioterapia, algumas práticas integrativas e complementares e práticas desportivas para os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. Tem como objetivo prestar atendimento nas áreas de Fisioterapia em transtornos osteomioarticulares, Fisioterapia Infantil, Práticas Integrativas e Complementares e Práticas Desportivas. Tais práticas levam em consideração a condição de saúde dos indivíduos no aspecto físico, mental, espiritual e social, com intervenções e reflexões que visam à recuperação, a reabilitação, o cuidado, o apoio e o suporte ao autocuidado nas atividades básicas do dia a dia, atuando na prevenção de incapacidades e doenças crônicas.

As consultas especializadas encaminhadas via sistema Municipal com indicação de urgência, são analisadas por 01 médico regulador do Município e são encaminhadas pela Rede de Atenção Básica (Unidades de Saúde, CERTIs e Ambulatório Materno Infantil) e Departamento de Saúde Mental.

O CISCOPAR – Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná, possui 219 estabelecimentos de saúde credenciados para o atendimento de Consultas especializadas, Exames de apoio diagnóstico, procedimentos e serviços terapêuticos. Estes serviços são disponibilizados para os 18 municípios da 20ª Regional de Saúde e, em sua grande maioria, estão instalados em Toledo (Toledo, 2021).

Consultas e exames que não são disponibilizados no município de Toledo e/ou na área de abrangência da 20ª Regional de Saúde, são atendidos através do Programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD. Trata-se de um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem, quando esgotado todos os meios de atendimento. Este programa consiste no fornecimento de passagens para transporte, do paciente, dentro do estado, para

atendimento médico pelo SUS, em município diferente daquele em que é domiciliado. Além de ajuda de custo para alimentação e pernoite de paciente e acompanhante, se necessário (Toledo, 2021).

A rede hospitalar de Toledo é composta por três hospitais privados e o Hospital Universitário. Credenciado ao SUS há a Casa de Saúde Bom Jesus – HOESP que é o serviço de referência da 20ª regional de Saúde. O HOESP é credenciado na média complexidade em neurologia, e alta complexidade em ortopedia e o Hospital Universitário que atende exclusivamente ao SUS. O Centro Hospitalar do Oeste - ACO/ HCO e o Hospital Dr. Campagnolo não são conveniados ao SUS e atendem somente convênios privados e totalmente particulares.

O Ministério da Saúde, entende por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

A PNVS- Política Nacional de Vigilância em Saúde compreende a articulação dos saberes, processos e práticas e é composta pela vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária. Alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde doença.

A Vigilância Epidemiológica compreende um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. É um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos. Realiza intervenções contra doenças infecto-contagiosas e doenças imunopreveníveis; investigações e respostas a casos, surtos e epidemias; doenças emergentes; agravos inusitados. Nesta Vigilância se inclui o Programa Nacional de Imunização (PNI), que é descentralizado aos municípios, sendo responsável pelo recebimento, armazenamento, conservação, monitoramento e distribuição dos imunobiológicos utilizados no território, bem como, pela organização de ações para atingir cobertura vacinal na população.

No município de Toledo, há como parte integrante da vigilância epidemiológica o posto de coleta e processamento de amostras de exames laboratoriais para envio ao Laboratório Central (Lacen). Os instrumentos de mensuração utilizados no setor são dados demográficos, de mortalidade, morbidade, natalidade, vacinação e agravos.

Além das ações citadas, cabe a Vigilância Sanitária, o controle da qualidade de produtos e serviços prestados à população, através de ações integradas, considerando a amplitude do seu campo de atuação. E na execução de suas atividades esta subdividida no Setor de Produtos e Serviços, Alimentos, Saneamento, controle de qualidade de água, análise de projeto arquitetônico e Saúde do Trabalhador. O Setor de Produtos e Serviços fiscaliza todo o universo de fornecedores de produtos e serviços de saúde e de interesse à saúde. As atribuições desse setor englobam além da fiscalização e controle sanitário das áreas físicas em que os serviços são fornecidos ou os produtos são fabricados e comercializados, o desenvolvimento de ações para a garantia da sua qualidade. O Setor de Alimentos tem como principal atribuição à fiscalização de locais que produzem, transportam e comercializam alimentos com o objetivo de promover a boa prática na produção e manipulação de alimentos, eliminando potenciais riscos na produção ou na manipulação que possam causar danos na saúde da população consumidora (Toledo, 2021).

Com relação ao Saneamento, de acordo com o Plano Municipal de Saúde (2021), há ações desenvolvidas mediante a identificação de fatores de riscos, de ordem física, química e biológica e dos agravos à saúde. Atua sobre edificações, sistemas coletivos de saneamento básico (água, esgoto e resíduos sólidos), uso e parcelamento do solo, também inspeciona habitações e locais de lazer como saunas e clubes, hotéis e motéis, estabelecimentos comerciais, industriais e de ensino, evitando agravos provenientes de ambientes insalubres e da incorreta destinação do lixo doméstico, comercial ou industrial, e do esgoto sanitário.

A Vigilância Ambiental também está compreendida no Saneamento e realiza um conjunto de atividades relativas às zoonoses e questões sanitárias ligadas ao meio ambiente e riscos à saúde (água, ar e solo), controle de qualidade da água e do solo, ou seja, atua sobre os fatores que podem representar risco à saúde da população, como a água de consumo humano, ar, solo, contaminantes ambientais e produtos perigosos.

O setor de Aprovação de Projetos de Estabelecimentos de Saúde atua na análise a aprovação dos Projetos Básicos de Arquitetura (PBA), em que as atividades econômicas se enquadram em alto risco para a Vigilância Sanitária. Também é responsável pela emissão dos

respectivos laudos de conclusão das obras, acompanhando a equipe nas inspeções dos serviços.

A Saúde do Trabalhador segue as metas pactuadas entre as esferas de governo, seguindo a estruturação das ações de vigilância em saúde, tem como objetivos a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores expostos a riscos em seu ambiente de trabalho. Um dos desafios deste setor é fazer com que empresas e estabelecimentos de saúde realizem corretamente as notificações de acidentes de trabalho através das CAT's (Comunicações de Acidente de Trabalho), a fim de que se possam aprimorar as ações de prevenção e orientação no campo de Vigilância à Saúde do Trabalhador.

A concessão da Licença Sanitária e sua renovação, decorrem da solicitação do contribuinte que está realizando a abertura de estabelecimento comercial ou prestação de serviços. O licenciamento no Município de Toledo atende a demanda provocada, ou seja, solicitações formais de licenciamento ou formalização de denúncia e sua anuência é dada em conjunto com outros órgãos da estrutura municipal, em sua maioria as Secretarias de Meio Ambiente ou Agricultura, quando o pedido requerer essas análises.

O Controle de Endemias realiza ações no combate à doenças, a maioria delas, doenças parasitárias ou transmitidas por vetor, contando com a atuação de Agente de Combate a Endemias, que realizam trabalhos de campo com visitas diretas às residências para controle e orientação. Esses profissionais também atuam em ações indiretas com a realização de palestras em escolas e estabelecimentos diversos com grande número de empregados, divulgando os programas desenvolvidos no âmbito do setor, ecopontos itinerantes, atendimentos e fiscalização de denúncias (Toledo, 2021).

Com relação ao financiamento do SUS, ele é feito pelas três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal, de acordo com a Constituição Federal de 1988. A Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, prevê que a União deve aplicar um montante mínimo que vem variando em consequência de sucessivos instrumentos legais, onde destacamos a **Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu o congelamento das despesas do governo federal pelo período de 20 anos**, comprometendo significativamente a possibilidade de manutenção e ampliação dos serviços de saúde, entre outros.

As receitas destinadas a saúde são geridas pelo Fundo Municipal de Saúde, que é instituído e mantido em funcionamento pela administração direta, mediante regras, critérios e procedimentos definidos pela União. O artigo 17 da Lei Complementar 141/2012 define que o

município deve manter o Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, deve informar o Tribunal de Contas a respeito da utilização dos montantes, seguindo os termos de compromisso de gestão.

Os recursos são divididos em três partes: a) receitas vinculadas a saúde (transferências), que é composta pelo total dos recursos vinculados a saúde: • Repasses da União; • Repasses do Estado; • Taxa de vigilância do Município; • Transferências de outros órgãos como Ministério Público do Trabalho (esporádicos); • Valores dos Consórcios que o município faz parte; • Todas as aplicações financeiras provenientes desses recursos; b) receita municipal que corresponde ao mínimo obrigatório constitucional para aplicação em saúde que conforme a Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000 e a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, deve ser aplicado pelo município, anualmente, o mínimo de 15% das arrecadações dos tributos contidos nos artigos 156 e 158 da Constituição Federal, e por fim; c) Recursos próprios municipais que são os recursos complementados pelo município e aplicados em saúde (Toledo, 2021).

Com relação a Participação e Controle Social, existem os Conselhos de Saúde, que são instâncias colegiadas, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde – SUS com atuação em cada esfera de Governo que integra a estrutura organizacional do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. De acordo com o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 453 (2012), “os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde”.

A gestão participativa é uma das políticas do Sistema Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, que se fundamenta por Princípios e Diretrizes, a Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde, na tentativa de garantir a inclusão social e discutir as demandas da população.

A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo ampliando a verbalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. A gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à

mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde.

A Gestão Participativa e o Controle Social no SUS, são componentes da Política de Saúde e têm como uma das estratégias, a construção do ParticipaSUS, que é um sistema composto pelo cadastro, perfil e indicadores de avaliação dos conselhos de saúde, que visa identificar as principais questões relacionadas ao funcionamento dos conselhos de saúde em todos os municípios brasileiros.

Em Toledo, o Conselho Municipal de Saúde foi instituído pela lei nº 1.642, de 06 de maio de 1991, em caráter permanente, sendo um órgão consultivo, deliberativo e fiscalizador das ações de saúde. Em 1993, ocorreu a primeira reestruturação através das leis nº 1.736/1993 e modificada pela lei nº 1.757/1993 sendo estas consolidadas pela Lei 2.094/2012 e, por fim, alterada pela lei nº 2.279, de 26 de fevereiro de 2019. Obedecendo a paridade estabelecida pela Lei Federal nº 8.142/1990, o Conselho deve ter composição paritária entre os seus representantes, sendo: 50% de usuários do SUS, 25% de trabalhadores da saúde, 12,5% de prestadores de serviços conveniados ao SUS e 12,5% de gestores da saúde. A Lei Municipal nº 2.279/2019, em seu art. 4º trata sobre a composição desse Conselho:

Art. 4º – O Conselho Municipal de Saúde de Toledo é composto por representação paritária, sendo 50% (cinquenta por cento) de representantes de entidades de usuários de serviços de saúde, 25% (vinte e cinco por cento) de gestores de órgãos públicos de saúde e prestadores de serviços de saúde e 25% (vinte e cinco por cento) de representantes de entidades e órgãos de trabalhadores de saúde vinculados ao SUS, totalizando 20 (vinte) membros titulares e 20 (vinte) membros suplentes, indicados e eleitos em Conferência Municipal de Saúde.

§ 1º – A participação de órgãos, entidades, organizações da sociedade civil e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito do Município, de acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, contemplando, dentre outros, os seguintes subsegmentos dentro do segmento: I – representantes de associações de pessoas com deficiência;

II – representantes de entidades de defesa do consumidor;

III – representantes de associações ou organizações de moradores;

IV – representantes de entidades não governamentais (ONGs);

V – representantes de entidades de movimentos sociais e populares organizados (movimentos de mulheres, negros, LGBT e outros);

VI – representantes de entidades de aposentados e pensionistas;

VII – representantes de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;

VIII – representantes de entidades ambientalistas;

IX – representantes de entidades religiosas;

X – representantes de associações e movimentos sociais de portadores de patologias e outras;

XI – representantes de observatórios sociais.

§ 2º – A participação de entidades de trabalhadores da área de saúde processar-se-á conforme os seguintes subsegmentos:

I – trabalhadores da área de saúde, compreendendo associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo às instâncias federativas;

II – comunidade científica;

III – entidades públicas, hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento.

§ 3º – A participação de entidades de prestadores de serviços da área de saúde compreenderá representantes dos prestadores de serviços de saúde privados com e/ou sem fins lucrativos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 4º – A participação da gestão da área de saúde compreenderá representantes da Secretaria Municipal da Saúde e da 20ª Regional de Saúde. (Toledo, 2019).

Em Toledo, o Conselho Municipal de Saúde tem espaço físico próprio, uma secretária-executiva que é servidora municipal, cedida pela Secretaria Municipal de Saúde para atendimento das demandas administrativas. O Conselho se reúne mensalmente em reuniões ordinárias, tendo como responsabilidade discutir as questões de saúde no município, avaliar os gastos em saúde e a qualidade da assistência prestada, conforme previsto em legislação.

Outro Instrumento de Gestão e Cidadania é a Ouvidoria Geral de Saúde – SUS/PR cuja função é viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS. É um instrumento da gestão para o aperfeiçoamento da qualidade e da eficácia das ações e serviços prestados pelo SUS, onde se recebe solicitações, denúncias, reclamações, sugestões e elogios. O município de Toledo possui ouvidoria municipal do SUS ligada a Ouvidoria Geral do SUS no Paraná, a qual foi instituída pelo Decreto nº 884, de 26 de abril de 2016.

A Secretaria de Saúde do Município utiliza um sistema de informação para o processamento das manifestações da ouvidoria, sendo este, o Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias – SIGO, onde as demandas recebidas pela Ouvidoria são registradas e geram um número de protocolo que é informado ao cidadão para acompanhamento do andamento da demanda. Também atende via whatsapp e a chamadas telefônicas (Toledo, 2021).

As informações acima descritas, e destaca-se, apenas descritivas, extraídas do Plano Municipal de Saúde (2021), demonstram uma rede estruturada jurídica e tecnicamente, que

demonstram uma organização preocupada em atender a dinâmica neoliberal, no controle de custos e na parceria público privado, sem dar atenção necessária a assuntos como a Saúde do Trabalhador, por exemplo, ou há programas e ações efetivas na prevenção. E, como discutido anteriormente nos itens 2.1 e 2.2, repleta de limitações e desafios no sentido de obedecer aos princípios do SUS, como será tratado na análise.

### 3.3 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE TOLEDO

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Toledo é composta por diferentes locais e níveis de atendimento, levando em consideração as necessidades do usuário. O atendimento inicia-se, normalmente, através da Atenção Básica, a qual é coordena o cuidado da população em seu território e organiza a Rede de Atendimento através das Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família.

Já a Atenção Especializada em Saúde Mental, iniciou seu atendimento em 1996 com a instituição do Departamento de Saúde Mental, que atualmente, é composto por quatro serviços: Ambulatório de Saúde Mental (ASM) e três Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II (transtornos mentais severos e persistentes), CAPS AD (Álcool e Drogas) e CAPS i (Infanto-juvenil). A Rede também conta com atendimentos especializados, através de convênio com o CISCOPAR e do SIM PR - CAPS AD III Regional, e com consultas de psiquiatria e psicologia em clínicas e/ou consultórios do CISCOPAR.

Também fazem parte RAPS os Serviços de Urgência e Emergência (UPA, PAM e SAMU), Central de Regulação de Leitos (internamentos em hospitais psiquiátricos) e Comunidades Terapêuticas. Além disso, RAPS atua com parcerias na atenção intersetorial, como: Secretaria de Assistência Social e Proteção à Família, Secretaria da Juventude, Secretaria de Esportes e Lazer, Conselho Tutelar, Conselhos Municipais Centro de Socio-educação - Cense, Vara da Infância e Juventude, Ministério Público.

Os CAPS são serviços de base comunitária, constituídos por equipe multiprofissional, cujo foco principal é o atendimento às pessoas com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, ou uso de crack, álcool e outras drogas, e ainda as iniciativas de reabilitação, sua proposta terapêutica é estruturada a partir de um Plano Terapêutico Singular elaborado por equipe interdisciplinar, a qual deve manter constante diálogo e articulação com a Atenção Primária em Saúde do seu território para a oferta de cuidados, como atendimentos individuais, visitas domiciliares, atendimento à

família, realização de oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e em grupo, sendo esses os principais recursos do serviço dentro do paradigma da desinstitucionalização.

O fluxo da RAPS no município de Toledo está organizado de acordo com a Linha Guia de Atenção em Saúde Mental (SESA, 2021), que identifica o risco em saúde mental (baixo, médio ou alto risco), através do instrumento Estratificação de Risco em Saúde Mental que pontua a gravidade do caso através de sinais e sintomas apresentados pelo paciente. A avaliação inicial é realizada pela Atenção Primária em Saúde, a qual mantém o monitoramento e acompanhamento de todos os casos, realizando o cuidado ao paciente de baixo risco em saúde mental, já os casos de médio risco e alto risco são encaminhados para cuidado compartilhado com os serviços especializados em saúde mental.



Fonte: Sesa, 2021

Este instrumento de estratificação não se aplica nos casos de crise aguda em saúde mental, ou emergência psiquiátrica, como as tentativas de suicídio e surtos psicóticos, pois nestes casos há necessidade de uma estratégia que corresponda à necessidade do caso, que

normalmente se inicia com a estabilização. Naquelas situações em que a estabilização não foi possível, há o encaminhamento para hospitais psiquiátricos, conveniados no Sistema Único de Saúde. Essas solicitações de internamento são reguladas pela Central de Regulação de Leitos do Paraná, já que no município não há leitos de saúde mental em hospital geral.

O município conta com o Ambulatório de Saúde Mental para atendimento às crianças, adolescentes, adultos e idosos, classificados na estratificação de risco em saúde mental como médio risco. Tais casos são compatíveis com Transtornos Mentais considerados comuns, como os quadros ansiosos, depressivos e somatoformes (aqueles que se expressam por sintomas físicos, sem uma explicação médica).

Este serviço conta com equipe multiprofissional composta por psiquiatra, clínico geral com especialização em psiquiatria, psicólogos, fonoaudiólogas, assistente social, assistente administrativo, assistente em desenvolvimento social (educador social), coordenação, auxiliar de serviços gerais, estagiários atuando como assistentes administrativos. Porém, apresenta uma alta demanda reprimida, que de acordo com informações do próprio município, totalizava em agosto de 2021, aproximadamente 884 pessoas aguardando em fila de espera para atendimento (Toledo, 2021).

O Centro de Atenção Psicossocial, CAPS II, atende pacientes adultos, com transtorno mental severo e persistente, estratificados como alto risco em saúde mental, realiza atendimentos individuais, coletivos, através de grupos e oficinas terapêuticas, atendimento à família, visitas domiciliares, e atendimento com auriculoterapia como Prática Integrativa e Complementar em Saúde (PICS).

O serviço do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, CAPS AD, atende a pessoas com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas, possui como público-alvo: adultos, classificados como médio e alto risco em saúde mental. O serviço funciona em casa alugada há aproximadamente 16 anos, o imóvel é adaptado para as demandas de atendimento de CAPS, mas necessita de uma sede própria em razão do aumento da demanda. O serviço possui carro próprio, para os atendimentos em domicílio e outros deslocamentos necessários.

O serviço do CAPS AD no atendimento aos dependentes químicos, possui um desafio singular, pois exige que os profissionais, na atenção ao paciente e muitas vezes, apenas à família – quando há resistência do paciente ao tratamento voluntário – avaliem e orientem os casos em que são necessárias intervenções involuntárias para a desintoxicação.

No caso do tratamento voluntário, além do acompanhamento no serviço, pode ser encaminhado para desintoxicação no SIM PR - CAPS AD III regional, aos interessados também é possível a indicação de comunidades terapêuticas e o internamento via Central de Leitos. Todos os casos de tratamento involuntário, além de acompanhamento à família, devem ser avaliados no sentido de ser a última opção o internamento para a desintoxicação.

O CAPS infantil atende crianças e adolescente de 0 a 17 anos, 11 meses e 29 dias que apresentam transtornos mentais graves e persistentes, estratificados como de alto risco em saúde mental. Desde setembro de 2021, esse serviço passou a atender os transtornos mentais incluindo os relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas, com médio e alto risco em saúde mental.

O CAPS i é o serviço de saúde para o qual são referenciados também, todos os pacientes com suspeita ou com diagnóstico (laudos) de Transtorno do Espectro Autista (TEA), apesar de ser um serviço que não se classifica como alto risco em saúde mental. Essa demanda de pacientes do espectro autistas representa metade de todo público atendido no serviço, os quais requerem atendimentos individualizados e específicos, contando a equipe apenas com a terapeuta ocupacional, o psiquiatra, a fonoaudióloga e uma educadora social com formações especializadas para atendimento nessa área.

Devido à alta demanda e falta de outros pontos de atendimento aos baixos e médio risco (como uma clínica escola, um Centro Especializado de Reabilitação - CER), há uma fila de espera pelos atendimentos de alguns desses profissionais. Neste serviço, são oferecidas oficinas de artes plásticas, artesanato, artes, brinquedos e brincadeiras, filmes, games, jogos em tabuleiros, grupos psicoterapêuticos com adolescente e pais.

O Plano Municipal em Saúde (2021), destaca que para melhorar o atendimento em todos os serviços de Atendimento à Saúde Mental, devido aumento significativo da demanda, deve ser realizada a ampliação dos profissionais que compõe a equipe, de modo a estar compatível com o previsto na legislação, bem como a necessidade de capacitações e treinamentos de forma constante aos profissionais, inclusive com o retorno das supervisões de equipe, que ajudam os serviços a identificarem suas dificuldades e potencialidades para conduzir com mais eficiência e qualidade os cuidados em saúde mental. O Plano também cita como necessário para a manutenção dos serviços, o fornecimento de materiais e oficinairos para as oficinas terapêuticas, observando que as oficinas, até o ano de 2021 eram atividades realizadas pela própria equipe técnica, acrescenta-se também a essa demanda a ampliação de opções de atividades.

No sentido das Educação Permanente e Continuada, embora o Plano Municipal de Saúde (2021), observe a necessidade, não tem o movimento para que ocorra essas “capacitações” especialmente no que se refere a Educação Permanente, o que se oferece são alguns cursos para realização e aperfeiçoamento de atividades técnicas. Inclusive o próprio plano de carreiras dos servidores do município não incentiva para a Educação Permanente, elegendo como critério para ascensão, cursos, em sua maioria vinculados a prática profissional.

Por fim, destaca-se que no ano de 2020, devido a Pandemia de Covid-19, por orientação do Ministério da Saúde, Notas Orientativas da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná e Plano de Contingência Municipal de Toledo-Pr, foram suspensos os atendimentos presenciais para casos não urgentes, assim como os atendimentos coletivos de grupos, oficinas e ações de apoio matricial. Essa situação impactou na redução do número de atendimentos de forma geral pelos serviços especializados de saúde mental. Em 2021, com o avanço da vacinação e novas orientações das esferas federais e estaduais, os serviços foram retomados gradativamente.

### 3.4 MIGRANTES INTERNACIONAIS E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM TOLEDO

A partir do desenvolvido até este momento, com informações sobre aspectos gerais do Município de Toledo-PR, bem como, a forma como se organiza o atendimento a saúde e a saúde mental neste território, se coloca necessário a compreensão sobre as particularidades que envolvem a população migrante internacional.

Neste sentido, embora constata-se no cotidiano o número expressivo de migrantes em Toledo-PR, **não há**, números oficiais sobre essa população, como já observado anteriormente, essas informações não se apresentam em nenhum dos principais Institutos de Pesquisa, IBGE ou IPARDES. Sendo assim, foi realizado contato com a Secretaria de Desenvolvimento Humano - onde existe um departamento para tratar de assuntos que envolvam os interesses da população migrante internacional do município - e foi informado sobre a inexistência de registros ou qualquer dado estatístico sobre essa população e, ainda, que os números que possuem são obtidos através da Embaixada Solidária, que é uma organização da Sociedade Civil.

Não apenas esta secretaria, mas as demais do município, recorrem a Embaixada Solidária quando necessitam de informações sobre os migrantes internacionais que aqui vivem. O que se constata, inclusive no próprio Plano Municipal de Saúde do Município, com vigência de 2022 a 2025, confeccionado em 2021, quando afirmam:

Tendo em vista que o último recenseamento da população ocorreu há mais de 10 anos, não temos dados atuais relacionados aos grupos étnicos em Toledo, porém se sabe que é um número bastante significativo, que se utiliza dos serviços de saúde no município. Para a construção do último Plano Municipal de Saúde, houve um levantamento extraoficial, dando conta de que havia em Toledo mais de 2.000 estrangeiros no ano de 2017, residindo no município, e em sua grande maioria, vindos do Haiti. **De acordo com informações repassadas, por lideranças da Embaixada Solidária de Toledo, atualmente dados extraoficiais dão conta de que exista uma média de 2.500 trabalhadores, pois muitos não tem documentos.** A maioria dessa população é de haitianos, africanos e venezuelanos, respectivamente. Relata-se que em 2019 havia em torno de quatro mil estrangeiros, em Toledo, mas nos últimos dois anos (2020 e 2021), muitos migraram para outros municípios da região (Toledo, 2025, p. 43). (grifo nosso)

Diante da falta de dados de todas as esferas do poder público, Federal, Estadual e Municipal, a respeito dos migrantes internacionais residentes no município de Toledo-PR, recorreremos a Embaixada Solidária para conseguirmos informações sobre essa população. Porém, antes, importante realizar uma breve contextualização sobre essa Organização da Sociedade Civil, instalada neste município.

A Embaixada Solidária é uma Organização da Sociedade Civil, fundada pela jornalista Edna Nunes, no ano de 2014. É uma organização mantida exclusivamente pela sociedade, sem o recebimento de verbas públicas e tem realizado o atendimento aos migrantes internacionais de diversas nacionalidades, que

vai desde o acolhimento, buscando atender as primeiras e mais urgentes necessidades, até o atendimento jurídico e o auxílio no que se refere a moradia e emprego.

Em que pese o importante trabalho da organização, é importante destacar que é o único espaço de acolhimento a população migrante, evidenciando o flagrante desinteresse e ausência do poder público no que se refere a essa população.

### 3.5 DESAFIOS NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE MENTAL DE INDIVÍDUOS E FAMÍLIAS MIGRANTES

Sabemos que no século XXI, o movimento migratório tem se confrontado com medidas estruturantes para lograr êxito nas novas relações produtivas e reprodutivas do capital. Porém, essas medidas colocam grandes desafios à produção capitalista em escala global ao ter que se defrontar com resistência e conflitos advindos do movimento migratório.

Em meio ao crescente fluxo migratório há a desconfiguração do sentido de pertencimento a um lugar ou a uma comunidade política, o que tem provocado repercussão sobre a configuração objetiva da **cidadania**. É importante destacar que a “cidadania é uma condição eminentemente política, que não está necessariamente ligada a valores universais”. Isso significa que um determinado governo, pode modificar o que entende como direitos do cidadão, porque eles não são universais, são específicos de cada Estado e sua ordem política jurídica, embora a maioria dos países fundamentem suas legislações nos direitos humanos. (Nascimento, 2023, s.p)

Isso porque, é a partir da nacionalidade, ou seja, do vínculo sociojurídico que o sujeito tem, com um determinado espaço geográfico que será considerado seu espaço de pertencimento, seja ele um ou mais Estados, sendo assim “[...] permeia todo o tema das migrações internacionais, uma vez que determina a extensão e o limites das obrigações estatais para com as pessoas” (Claro, 2020, p.42), e por isso, a expansão dos movimentos migratórios desafia o modelo de cidadania fundamentado na cultura nacional. Como observa Iamamoto:

[...] a cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez para sempre e não vem de cima para baixo, mas é resultado de uma luta permanente, travada que se sempre a partir de baixo, das classes subalternas. As demandas de grupos e classes sociais prefiguram direitos que só são satisfeitos quando assumidos nas e pelas instituições do Estado, que asseguram uma legalidade positiva, atribuindo-lhe uma dimensão de universalidade (Coutinho, 1999, p.43).

As legislações nacionais e internacionais não têm sido suficientes para garantir que a população migrante exerça seus direitos. A mera formalidade jurídica não garante acesso aos serviços. E, diante de um aumento exponencial e constante de migrantes que se deslocam de vários lugares do mundo para o Brasil e para o município de Toledo, é urgente que se tomem

medidas que garantam o efetivo acolhimento dessa população, com a construção de uma Política Migratória e de melhorias com relação ao acesso e qualidade dos serviços.

Neste sentido, a falta de informações sobre a população migrante, compromete de maneira significativa a possibilidade de um acolhimento preconizado nos Direitos Humanos, nos princípios constitucionais e, do SUS. Afinal quem é o sujeito a quem as Políticas se destinam?

### **3.5.1 A invisibilidade do migrante internacional na Política de Saúde Mental**

Em visita realizada a organização da sociedade civil, Embaixada Solidária, chamou a atenção uma frase utilizada na divulgação do seu trabalho: “Até que todos sejam vistos”. Ao questionar a fundadora da organização sobre a frase em questão ela referiu que, ao perguntar para os migrantes atendidos, o que mais lhes trazia sofrimento, esperava que a resposta fosse o preconceito, porém, em sua grande maioria, a resposta foi a invisibilidade. E completou dizendo que os relatos são de que preferem o embate, o enfrentamento ao preconceito, do que não serem vistos.

Tornar visível exige um esforço que passa por várias dimensões, especialmente quando estamos nos referindo a uma sociedade que juridicamente se pactua com princípio de igualdade e solidariedade, ou seja, um projeto que deve incluir o outro. O ato de “não ver” implica em uma atividade orientada e se agir significa escolher, o reconhecimento do outro torna-se um ato intencional sem dizer que é voluntário (Matos de Souza, Rodriguês; Moura, 2022, p. 2).

Acrescentam os autores (2022, p. 2) que a invisibilidade social relacionada aos migrantes se apresenta de várias formas e se aproxima de maneira muito contundente “da ideia de pária, ou seja, migrantes como pessoas que ficam mantidas à margem da sociedade e excluídas nas políticas públicas brasileiras”. No presente caso, na Política de Saúde Mental, embora exista e esteja estruturada no município uma Rede de Atenção a Saúde Mental, como se viu anteriormente, descrita no item 3.3, essa Rede não possui nenhuma ação com relação a proporcionar o conhecimento sobre a existência do serviço e mesmo direcionar os serviços para esse público específico.

Embora exista um fluxo que organize o atendimento, vinculando as UBSs como porta de entrada para o atendimento, não se conhece nenhuma ação, mesmo dos trabalhadores da

ESF, que abarque as necessidades da população migrante, levando em consideração as suas particularidades.

Na pesquisa realizada buscou-se informações básicas nos bancos de dados oficiais e do Município e nas entrevistas realizadas, porém em nenhuma das buscas foi possível chegar a informações sobre quem são os sujeitos migrantes que residem em Toledo, nem em termos numéricos e, conseqüentemente, tão pouco, as características gerais e básicas dessa população, como a nacionalidade, por exemplo.

Em nota técnica da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde nº 8 de 2024, que estabeleceu orientações e diretrizes para os gestores e profissionais da saúde a respeito do acesso dos migrantes aos serviços, destaca que

Os dados demográficos das populações migrantes, refugiadas e apátridas, disponíveis no Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), estimam que cerca de 1,5 milhão de migrantes tenham residido no Brasil entre 2011 e 2022, considerando inclusive, os registros migratórios para solicitantes de refúgio e refugiados (CAVALCANTI, 2023). **Todavia, cabe reforçar que não há um censo nacional que estime oficialmente o número de pessoas migrantes no território Nacional** (Brasil, 2024). (Grifo nosso)

Além disso, quando perguntado a Secretaria de Desenvolvimento Humano do município, que divulga a existência de um departamento de atendimento a pessoa migrante, sobre os dados que possuem a respeito dessa população, foi informado que não possuem. Também nas entrevistas realizadas, houve a informação de que não os têm ou que teriam que verificar. Porém, após a verificação, não foi possível obter as informações, porque não havia.

*“Não é do meu conhecimento. Tá talvez a nível administrativo, eu vou verificar...”(S.1).*

*“Então, isso que eu tava abrindo aqui pra pesquisar na nossa planilha de pacientes ativos, porque agora não sei te dizer. Eu acredito que sim. Realmente dá uma resposta real. Eu preciso abrir a planilha de pacientes ativos” (S.2).*

*“De imigrante, não”. (S.3)*

A falta de informações básicas sobre os sujeitos atendidos ou daqueles que deveriam estar em atendimento, reflete uma visão de mundo das sociedades ocidentais modernas “pautadas na individualidade, na intolerância e na distinção” e as consequências trazidas a partir disso é de uma vida “marcada pela violência física, moral e simbólica, na qual o bem-estar e a vida do outro deixam de ter importância”. (Matos de Souza; Rodriguês e Moura, 2022, p.2).

De acordo com Macedo (2022, p. 6), a “não colocação social”, torna o sujeito migrante invisível e opaco, porque do contrário, ou seja, “incomodamente presente” é símbolo do que a sociedade deixa a margem, tenta excluir e prefere não ver.

O desenvolvimento de uma Política Pública ou de projeto e ações tem como necessidade primária a identificação dos sujeitos a qual se destina e do problema a ser enfrentado, são etapas essenciais para a tomada de medidas que possam responder as demandas de uma população.

Não possuir dados é significativo e determinante, é a escolha de não saber para não fazer, mesmo que, como cita Macedo, “na periferia, as precárias condições de moradia, de emprego e de assistência à saúde, tão presentes no cotidiano de migrantes e refugiados, não deixem dúvidas sobre a violência e o dano decorrente dessas práticas”. (Granada *et al*, *apud* Macedo, 2022, p. 6).

No sentido de analisar essa invisibilidade, que Macedo (2022) entende como fruto da “exclusão e do rechaço”, o autor faz menção ao que chama de *Homo sacer*, ou seja, “aquele que está destituído de qualquer amparo, que pode ser morto sem que esse acontecimento seja considerado um crime”. E para explicar as dimensões distintas da vida, recorre a dois conceitos gregos, *zoé* e *bios*, e reflete:

[...] O primeiro, *zoé*, faz alusão a dimensão biológica, referindo a existência física própria de todos os seres humanos. Já o conceito *bios* alude a existência em sua dimensão política, aos direitos e deveres do ser humano. Nesse contexto, o *Homo sacer* remete àquele que se situa na fratura entre *zoé* e *bío*, pois habita uma zona de indistinção criada a partir do momento em que ocorre tanto a biologização da política (por exemplo, o mero atendimento de condições básicas de alimentação e moradia no caso das diásporas), quanto a politização da vida (legislações que impedem seus deslocamentos e criminalizam seus movimentos). Lançado a este lugar de não vida e de não morte, o *Homo sacer*, não é propriamente um vivente, mas um sobrevivente. (Macedo, 2022, p.6)

A desconsideração da existência do outro e do que ele representa, de suas particularidades, passam a ser alvo da indiferença, de rechaço e apagamento da sua existência. E para a mesma autora (2022, p.7) “A hostilidade ao estranho adentra, assim, as mais diversas manifestações no campo intersubjetivo (explícitas ou implícitas), confirmando o violento efeito da indiferença no sujeito”.

Essa invisibilidade imposta, fruto das relações desiguais entre os sujeitos, reflete nos atendimentos às demandas de cuidados e a atenção ao outro, já que “o outro” não existe, também não há como reconhecer a legitimidade das suas demandas.

Além do prejuízo com relação a construção de ações que abarquem a população migrante, no caso em apreço, na dimensão do atendimento à saúde mental, a falta de informações tem consequências também na identificação das demandas e dos adoecimentos que afligem a população migrante resultado, muitas vezes, da própria diáspora e do sentimento de não pertencimento, que atinge a grande maioria daqueles que chegam ao novo lugar.

Como fenômeno social complexo, a migração envolve mudanças para além do endereço, mas também na dimensão sociocultural em todos os aspectos da vida daquele que se desloca. Em que pese o adoecimento mental da população nacional, no caso dos migrantes, o adoecimento se agrava, pois além de enfrentar as expressões da “questão social”, comum a todos, enfrentam desafios próprios e singulares àqueles que se deslocam.

Os sentimentos oriundos da impossibilidade de possuir um só lugar de pertença, as condições sociais fragilizadoras, tais como a falta de documentação, a exploração no trabalho, a precariedade nas condições de habitação e a inadaptação linguística e cultural fazem com que a migração permaneça em suas vidas como uma ferida sempre aberta, podendo essas circunstâncias gerar problemas físicos, psicológicos e sociais que muitas vezes se associam a outros riscos inerentes ao próprio indivíduo e ao país de origem (Ramos, 2004, 2008; Achotegui, 2008; Franken, Coutinho; Ramos, 2007, 2009 *apud* Franken, Coutinho e Ramos, 2012, p. 204).

As autoras observam que a população migrante apresenta maior vulnerabilidade na saúde, especialmente com relação a transtornos psicológicos, apresentando ansiedade e pessimismo com relação ao futuro, que são agravados pela inexistência de uma rede social de apoio, o não conhecimento da língua e as mudanças do seu status social (Franken; Coutinho; Ramos, 2012, p. 205)

Neste sentido, o princípio da igualdade, preconizado pela Constituição Federal, traz um desafio na sua interpretação, já que a compreensão que, por vezes, se tem do princípio, coloca sujeitos de necessidades diferentes, na mesma condição de atendimento, sem levar em consideração as suas particularidades. Dessa forma, se tratará no próximo eixo sobre a compreensão da rede de atendimento a respeito do conceito de saúde e dos princípios que regem o SUS.

### **3.5.2 A Rede de atendimento à saúde mental e os princípios que regem o SUS**

A OMS define saúde como uma condição de bem-estar físico mental e social e não apenas a ausência de doenças. Nesse sentido, ter saúde significa ser atendido nas demais necessidades básicas, como alimentação, moradia, saneamento básico, entre outras. Já a saúde mental é definida como a condição de bem-estar num caráter mais subjetivo, atrelada entre outras coisas, à saúde física.

Dessa forma, percebe-se que a saúde mental, por ter esse caráter mais subjetivo não pode ser apartada das particularidades daquele que é atendido. E dentro dessas particularidades, estão postas necessidades diversas. Cada indivíduo ou grupo de indivíduos apresentam demandas diferentes nesse aspecto. Por esse motivo se verificou como a Rede de Saúde mental vem atendendo a essas especificidades com relação ao migrante internacional.

Ao descrever como a Rede de Atendimento à Saúde está organizada, conforme item 3.3 desse trabalho, percebeu-se uma estrutura, de acordo com o que preconiza a legislação e os princípios da *descentralização, hierarquização e regionalização* no que se refere a organização e a gestão, porém, não se percebeu no Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025, qualquer proposta para atendimento as particularidades dos sujeitos migrantes, e atreladas aos princípios da equidade, integralidade e participação da comunidade.

Também nas entrevistas, notou-se que há um fluxo com parâmetros meramente tecnocrata, onde a principal demanda é por ferramentas de trabalho. Isso fica evidente quando perguntado aos entrevistados sobre o fluxo da Rede de atendimento e o que considera como principal desafio, e também das sugestões para ampliar e melhorar o atendimento.

As respostas dadas a questão do fluxo foram descritivas, onde dois dos sujeitos entrevistados citaram a estratificação realizada após a entrada da demanda na UBS de referência e UPA e um deles citou o fato daquele CAPS ser um serviço de porta aberta. Vejamos:

*“Ah sim...o fluxo básico que é padrão é passar pela unidade básica de saúde fazer, um atendimento, uma estratificação de risco, né, onde vai ser a partir dessa escuta, né e dessa desse instrumento de avaliação que é estratificação, é feito um encaminhamento a partir da pontuação, por exemplo, se for médio risco quando a gente pensa em caminhar para fora da UBS, porque se der baixo risco normalmente já se tem a demanda de procurar a UBS, porque já tem algo a mais e normalmente já não fica ali, mas se pontuar baixo risco é o mesmo cuidado da Unidade básica de saúde, mas em grande parte se pontua médio risco ou alto risco, então sendo médio risco, a Criança e Adolescente vai para o ambulatório, agora, se for alto risco vem para nós. Então primeiro passa pela UBS, estratificação, aí eles fazem o encaminhamento para nós com os sinais e sintomas presentes anexado a estratificação e eles passam para o regulador o Dr. Raul que hoje em dia ele faz esse, desde 2020. - Acho que não 2024. Acho que 2023 não me lembro dele estar lá - mas assim tem um médico regulador que tudo passa por ele todos esses malotes que as unidades básicas de saúde encaminham vai para esse regulador. E aí ele identifica né a intenção é identificar possíveis falhas desse encaminhamento porque muitas vezes, o que acontece é um médio risco e é encaminhado para o CAPS Infantil cápsula infantil, não trabalha com médio risco. Aí ele devolve com a unidade parecer da saúde, para que o encaminhamento seja refeito para encaminhar nova pro pro pro pro para referência, que seria aqui, então o regulador faz esse esse papel, mas basicamente o fluxo é esse unidade básica de saúde, passa pela boa regulação, regulação encaminha para o serviço do departamento. Mas também nós recebemos encaminhamento do de outros pontos da da rede como por exemplo do do AME. Nós recebemos também da equipe multi. Nós recebemos do judiciário, também solicita, né? Muitas vezes, a avaliação psicológica de tal e muitas vezes assim, não todas, mas algumas vezes quando o judiciário encaminha já tem alguma coisa já de encaminhamento da rede aí o que que acontece? Qual que é a diferença quando vem do Judiciário? A gente já tem autonomia para colocar como urgente, aí às vezes é um encaminhamento que tava como normal a gente consegue, né? Mas em síntese é assim que nós recebemos os encaminhamentos” (S.1).*

*S.2 - “Acontece também que a gente tem dois fluxos a Unidade básica de saúde, que eles vão estratificar, encaminhar e o serviço é porta aberta. Então, qualquer paciente que vier aqui e relatar que faz uso de substâncias que quer iniciar o tratamento, a gente vai agendar. E ele vem para atendimento. Então tem fluxo da Unidade Básica de Saúde por estratificação. E também pela porta aberta, que é o serviço certo” (S.2).*

*S.3 - Aqui em Toledo a gente tem quatro serviços de saúde mental, né? A gente tem um ambulatório que atende médio risco Caps II, que atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Temos o Caps I, que atende crianças e adolescentes de alto risco. E o Caps AD pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas para ser atendido no CAPS dois. A gente não é porta aberta, então o paciente precisa ir lá na unidade de referência, passar por consulta com o médico e se o médico verificar alguma questão de saúde mental, ele realiza a estratificação de risco de saúde mental, o qual tem uma pontuação nessa pontuação. A gente verifica qual é o serviço que ele vai ser atendido. Se ponto alto risco ele é encaminhado para o CAPS II ou encaminhamento vem via malote e daí a*

*gente faz o registro e coloca no sistema. Quando chega esse paciente, a gente agenda o acolhimento. Esse acolhimento é feito por um profissional de nível superior; o qual vai verificar todas as demandas desse paciente, juntamente um motivo desse encaminhamento, como também os pontos que foram colocados na estratificação de risco. Então a estratificação de risco acaba se tornando um documento norteador e então o profissional faz esse acolhimento. Depois desse acolhimento, é explicado também para o paciente o que é o CAPS II. Porque tem muitas pessoas que não sabem o que é o serviço, não sabem porque que foram encaminhadas, né? Então a gente precisa explicar todo esse processo. Depois desse acolhimento, o profissional leva essa demanda para a reunião de equipe, o qual a gente chama reunião de acolhimento, que acontece toda quinta feira do meio dia a uma hora. Todos os profissionais falam sobre os seus acolhimentos, como o paciente veio às demandas que ele apresentou e é verificado se o paciente realmente possui ou não perfil para ser atendido no serviço. Possuindo o perfil para ser atendido, a gente coloca ele em pacientes ativos, verifica a questão da consulta. Às vezes são pacientes que precisam de consulta urgente e daí ele é inserido na lista de urgência da psiquiatria, da psiquiatria. (...) Então, essa é uma forma de ser atendido no CAPS II via UBS. Outra forma também é via UPA. Então, quando tem paciente que não é atendido no serviço, não é paciente nosso. Ele dá entrada na UPA, é verificado uma demanda de saúde mental que seja um perfil do CAPS II, assistentes sociais lá da UPA encaminha ofício para nós, informando sobre esse paciente e faz o encaminhamento. Então a gente faz, a gente faz o mesmo processo no sistema e daí a gente chama. Geralmente esse paciente que é vindo da UPA, ele já é urgente. Então é uma solicitação urgente, uma solicitação normal e a gente dá. Ele já vai direto para a lista de urgência, visto que ele já recebeu alta lá na UPA. Porque o que não pode acontecer é um paciente que está internado, ou seja, uma observação na UPA. A gente agendar uma consulta para ele, já que ele precisa receber a alta lá do serviço para ser atendido em outro serviço aqui” (S.3).*

Com relação ao atendimento levando em consideração as particularidades dos migrantes, os três entrevistados afirmaram que não há um fluxo diferente dos aplicados aos sujeitos nacionais, como se observa, na fala do S1:

*“Até o momento não se tem nenhuma nenhum protocolo nenhum fluxo específico para a população migrante, então eles acabam seguindo o fluxo comum mesmo fluxo padrão de encaminhamentos, então não existe uma forma mais específica que de acordo com a realidade de quem tá chegando né?”*

O entrevistado, S3 chegou a relatar a possível existência de uma “Comissão” para tratar de assuntos referentes a saúde mental dos migrantes, porém, não tinha maiores informações sobre ela:

*“Existe a comissão, né? Como eu disse antes, mas eu não sei como que está essa, porque a gente tem um profissional de referência. Só que essa profissional acabou saindo do serviço e acabou sendo colocado outro. Então a gente não tem profissional do CAPS II dentro dessa comissão hoje, certo?”.*

Diante dessa informação, consultou-se a Secretaria de Saúde do Município para obter mais informações sobre essa Comissão, porém, os profissionais do local não tinham conhecimento da existência.

Os princípios da universalidade, equidade e integralidade não devem ser observados separadamente. Isso porque o SUS tem sido defendido como política, fundamentalmente, universal, mas que deve contemplar de forma progressiva a equidade.

Nessa perspectiva, o conceito de universalidade não se contrapõe ao conceito de equidade formulado por Perelman. O sistema de saúde, ao ser universal, pressiona em termos de qualidade, tendo em vista a sua utilização por todas as classes sociais, ou pelo menos por parte das classes médias dotadas de maior poder de barganha e interferência no campo político. Dessa forma, conceber e implementar serviços de saúde universais pode ser uma estratégia de assegurar às classes populares acesso a serviços de melhor qualidade e, portanto, exercitar a equidade (Paim; Silva, 2010, p.112)

Identificar grupos ou categorias, como a migração internacional, possibilitaria o exercício da justiça na esfera pública e resultaria numa responsabilidade simétrica. A acesso universal a saúde, perpassa por um conjunto complexo que deve ser compreendido nas desigualdades postas na sociedade capitalista. Não é suficiente afirmar que “todos são iguais perante a lei” (Brasil, 1988), se não o são com relação ao acesso ao direito. O tratamento igual, neste sentido, não inclui a todos e exclui a muitos, especialmente aqueles que, por questões como desinformação sobre o acesso e funcionamento do atendimento, acabam ficando a margem.

A falta de ações inclusivas para que a população migrante acesse os serviços, resta evidente na Rede de atenção à saúde e a saúde mental no município. Em que pese a existência de um fluxo que majoritariamente inicia na Atenção Básica, não se tem um trabalho informativo e incentivador para que a população migrante acesse os serviços oferecidos pela rede. O relato contido na entrevista ao S2, destaca que o serviço naquele CAPS atende também como “porta aberta”:

*“Acontece também que a gente tem dois fluxos a Unidade básica de saúde, que eles vão estratificar, encaminhar e o serviço é porta aberta. Então, qualquer paciente que vier aqui e relatar que faz uso de substâncias que quer iniciar o tratamento, a gente vai agendar. E ele vem para atendimento. Então tem fluxo da Unidade Básica de Saúde por estratificação. E também pela porta aberta, que é o serviço certo.”*

A “porta aberta” a que se refere o entrevistado, é a possibilidade do sujeito de acessar o serviço sem a necessidade da estratificação. Pois bem, se não há a divulgação de que esse atendimento existe, não há procura por ele. Isso fica evidente no relato do mesmo entrevistado, quando perguntado sobre o atendimento à população migrante, e casos que atenderam, e respondeu que, em outro espaço já havia feito atendimento:

*“Mas aqui não recordo de nenhum. Que participei, não”*

O respeito ao princípio da equidade em conjunto com os demais que norteiam o SUS, se faz urgente e imprescindível. Urgente porque a população migrante aumenta exponencialmente no Brasil e no município de Toledo e imprescindível porque não há como oferecer um atendimento a saúde de qualidade sem a observar as particularidades de cada grupo atendido e tomar medidas que possibilitem corrigir desigualdades. De acordo com Silva e Filho, 2009:

Eqüidade, no sentido que lhe é dado por Perelman 38, corresponde a um instrumento da justiça concreta concebido para resolver as antinomias ou contradições entre as diversas fórmulas da justiça formal. A eqüidade corresponde, dessa forma, a uma intervenção de agentes sociais, quando assumem o papel de juiz, sobre situações de conflito. No caso específico da saúde, o exercício da eqüidade pode se materializar no processo de formulação das políticas de saúde e das políticas públicas intersetoriais que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, eqüidade corresponderia à participação e governança determinada pela cidadania plena, em um contexto de liberdade e democracia. (Silva; Filho, 2009, p.220)

Perelmanc, 1996, p. 9, acredita que a equidade deve ser compreendida no sentido de que deve ser possibilitado, “a cada qual de acordo com suas necessidades essenciais”, o que para Silva e Filho, 2009, p.220 é “verdadeiro para todos os determinantes sociais da saúde, como comida, educação e situação no trabalho, entre outros”, e exemplificam a questão

quando exemplificam com a questão da alimentação, que apesar de ser uma necessidade básica e universal, a quantidade e o tipo variam de acordo de para quem ela é destinada, levando em consideração aspectos como cultura, quantidade e classe social.

O princípio da integralidade aparece como uma diretriz para a organização do SUS, que prevê o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Já a Lei 8.080/90 refere-se à integralidade da assistência, entendida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Como observa Paim e Silva, 2012:

[...] a Reforma Sanitária Brasileira contemplou originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial. A integralidade, como noção polissêmica, pode ser vista como imagem-objetivo ou bandeira de luta, como valor a ser sustentado e defendido, como dimensão das práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho. Aparece, também, como categoria genérica capaz de englobar diversas dimensões do cuidado (acesso, qualidade, relações interpessoais) e até mesmo das pessoas, como “autonomia” (Paim; Silva, 2012 p. 112).

As Políticas públicas integradas ou integrais devem ser articuladas a outras políticas, programas e projetos, exigindo ação intersetorial e gestão compartilhada e pactuada. Assim seria possível o entrosamento dos programas, práticas e cuidados que contribuiriam para assegurar maior efetividade, pois poderia atuar sobre as manifestações fenomênicas, assim como sobre as regras básicas (Paim; Silva, 2012).

Levando em consideração os princípios que norteiam o SUS, nota-se que a universalidade, é citada pelos entrevistados, como único princípio observado pela Rede de Atenção à Saúde Mental, e desconsidera o entrelaçamento necessário com os demais princípios. Isso não significa dizer que os entrevistados não compreendem a importância dessa relação, mas que não se ocuparam de pensar a respeito do atendimento aos migrantes, pelo menos até aquele momento. Pois como refletiram os entrevistados S1 e S2:

*“[...] Porque como nós não temos nem ações específicas eh é complicado é como qualquer outro - eu vejo né? - como qualquer outro público. Eh esse que tem sua especificidade, todo público, LGBT população negra, população indígena, né? Todos precisam porque tem especificidades que contribuem para um adoecimento psíquico, acaba contribuindo se não são levadas em consideração”(S.1).*

*“[...] eu fiquei muito reflexiva, viu? Porque realmente é algo para a gente, a gente tem que melhorar, né? A gente tem que melhorar, mas infelizmente como a gente não tem ações específicas, não tenho muita contribuição para fazer”(S.1)*

*“E daí assim eu não sei não, não estuda a fundo nem quem são os imigrantes, de qual nacionalidade são. Mas se ele não se procurar, eu acredito que vai ter uma limitação da comunicação. [...] Então, assim, teria que talvez pensar em uma política específica, um fluxo para cada serviço, para quando esse paciente nos procurar. Porque quando o paciente tem deficiência auditiva, a gente tem a central de libras. Mas se vem um paciente de outra nacionalidade que não fala português e não tiver acompanhante, eu acredito que a equipe não vai saber o que fazer” (S.2).*

O reconhecimento ao migrante como usuário do serviço de saúde, lhes atribui direitos, inclusive com relação ao respeito às subjetividades presentes na relação entre os usuários e os profissionais de saúde. Portanto, a integralidade é um valor a ser sustentado nos atendimentos, pois, se a população migrante está identificada como presente em um território de saúde, é porque acessa os serviços.

Na vigência jurídica dos princípios do SUS, a universalidade garante o direito à saúde para a população migrante. Porém o acesso aos serviços gerais de saúde e aos de saúde mental enfrentam barreiras, por isso, a já citada, nota técnica nº 8/2024, traz avanços, já que pela primeira vez, traz aos gestores e profissionais de saúde, orientações e diretrizes de boas práticas sobre o acesso à saúde de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas no âmbito da APS em todo o território brasileiro.

Macedo, 2022 faz uma observação que nos leva a pensar nos embates para a efetiva implementação do que prevê a nota, tendo em vista as recentes e rígidas medidas que vem sendo adotadas, a nível mundial, para restringir o recebimento e acolhimento de migrantes. Medidas das quais o Brasil não se exclui, como já abordado anteriormente no texto, quando se trata da atual dinâmica que envolve a questão migratória no Brasil. A autora reflete que:

A construção de alternativas de enfrentamento e as proposições das mudanças necessárias, como a redução de desigualdades e a política de solidariedade, se deparam com sólidos obstáculos. O endurecimento das leis e a rigidez do trânsito nas fronteiras fortalecem a distância entre os que tentam ingressar e aqueles que já se encontram nos territórios, alimentando, como refere Morin (2020), a persistência dos sentimentos de superioridade, racistas e xenófobos e acabando por impelir “os poderes públicos a tomar medidas cruéis de repressão e expulsão” (Macedo, 2022, p. 5).

Esse embate se dá na contradição entre a normatização de ações para um melhor atendimento na saúde da população migrante, com a rigidez, também normatizada para o acolhimento e reconhecimento de direitos.

Ainda, com relação as diretrizes gerais previstas na nota, especialmente com relação a APS, tem-se como recomendação:

- 6.1. Registrar e assistir, sem exigência de documentação específica que possa impedir ou restringir o acesso, o cadastro ou a notificação, no âmbito da saúde, respeitando e considerando questões culturais e linguísticas.
- 6.2. Garantir a assistência à saúde sem exigência de tradutores, profissionais ou familiares, como condição para a oferta do cuidado. Recomenda-se que o serviço de saúde faça contato com as redes locais para a oferta de mediação cultural, resguardada a confidencialidade e as possíveis questões de gênero e respeito à interculturalidade no atendimento.
- 6.3. Cadastrar com preenchimento completo as informações sobre a pessoa migrante, refugiada ou apátrida, nos Sistemas de Informação de Saúde do SUS e outros instrumentos de registro, que realizem o monitoramento e visibilidade dessas populações.
- 6.4. Acolher, atender e orientar, promovendo uma escuta culturalmente sensível a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, sem quaisquer tipos de discriminações e preconceitos de gênero, cor, raça, religião, nacionalidade, etnia, situação migratória, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, entre outras.
- 6.5. Atentar que não cabe aos profissionais de saúde denunciar as pessoas migrantes, refugiadas e apátridas que por ventura estejam irregulares no país, apenas os cabe orientar sobre as instituições que auxiliam a regularização migratória.
- 6.6. Reiterar o direito ao acesso à saúde no SUS e ao cuidado na APS para populações migrantes indígenas, a exemplo dos povos provenientes de fluxos de migrações internacionais como os Warao, Enepa e Taurepang, da Venezuela, assim como de outros países" (BRASIL, 2024, p. 6 e 7).

As recomendações da nota em questão, demonstram avanços em alguns sentidos, como a inexistência de documentação para que haja o atendimento ao migrante e o cadastro com informações completas, que possibilitará a identificação dessa população. Porém, com

relação ao item 6.4, que se refere ao acolhimento e escuta “culturalmente sensível”, sem preconceitos de discriminações; item 6.5 sobre o não atendimento policaresco e item 6.6 que prevê ações informativas, se coloca, ao nosso entender, como principais desafios, para além da utilização de ferramentas. Trata-se da necessidade de uma educação permanente que será tratada no subitem 3.5.4.

Por fim, com a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, pode se construir estratégias de melhorias no atendimento em saúde da população migrante e para isso, se faz necessário a inclusão dessa população em espaços de debate, como os conselhos, por exemplo. Também, para que essa participação se realize, precisamos reconhecer os direitos migrantes a cidadania, combater preconceitos e olharmos para essa população como protagonistas de suas vidas e sujeitos que tem o direito de pleitear por um atendimento que atenda suas especificidades, em consonância com os princípios do SUS.

### **3.5.3 O atendimento à saúde na lógica neoliberal**

Uma das principais características que marca o espírito do capitalismo após a década de 1990 é a reformulação do papel do Estado, que deve estar cada vez mais ‘enxuto’, deixando para o ‘mercado’ o controle e a regulação dos diversos setores que envolvem a sociedade.

Nesse sentido o atendimento à saúde também se converte em mercadoria e, consequentemente, a Saúde Pública que deveria manter certa independência da lógica de mercado, passa a ser regida por uma dinâmica similar à do setor privado.

Destaca Paim, 2019, p. 17, que na América Latina, as políticas de ajuste macroeconômico foram definidas no chamado Consenso de Washington, em 1989, que através da imposição de um receituário, aplicou condições nas negociações com o Banco Mundial, com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), entre outros. Diante disso se tem no período uma reestruturação que visa consolidar um modelo voltado para a “liberalização e flexibilização econômica, à abertura para investimento estrangeiro e à redução do aparato estatal e da política social”.

Observa o autor que a lógica neoliberal redirecionou a saúde para: “a) reconfiguração do financiamento; b) privatização do público rentável; c) seletividade de intervenções; d) focalização de populações; e) impulso ao asseguramento individual; f) conformação de pacotes básicos de atenção”, o que incorporou as responsabilidades do Estado, uma lógica

mercantil, já que, o mercado era a solução e o Estado o problema (Paim, 2019, p.17). Nesse sentido, colocam-se as ideias de altos custos, competitividade e “livre escolha” que resultara na expansão dos serviços privados na saúde.

É nesse período de um projeto neoliberal imposto, centrado na ideia da redução de gastos, no fortalecimento do mercado e nas privatizações, que implantou-se o SUS, ou seja, realizado sob pressão do interesse mercado. E neste século XXI,

[...] verifica-se uma radicalização dessas reformas setoriais em níveis global e nacional, sobretudo após a crise econômica mundial de 2008, envolvendo cortes orçamentários, copagamento, restrições de serviços, transferência de custos para os usuários, diminuição de responsabilidades por parte do Estado e aumento das formas de privatização (Paim, 2019, p.18)

Essa lógica neoliberal já abordada, se coloca ideologicamente e se naturaliza no atendimento à saúde e a saúde mental. No município de Toledo a “parceria público e privado” é presente nos serviços oferecidos pela Rede de Atendimento, como se percebe na descrição da organização da Rede, constante no item 3.3, onde hospitais, laboratórios e outros atendimentos são realizados pelo setor privado sob financiamento do SUS.

Andrade, Carvalho e Oliveira, 2002, entendem que diante dessa ofensiva neoliberal, as resistências dos atores da Reforma Sanitária, seguem atual, urgente e necessária. Isso porque, novos ataques a direitos duramente conquistados, são feitos diariamente, assim como retrocessos “em distintos campos traduzem-se em um movimento permanente que busca minar a conquista histórica e democrática do direito à Saúde enquanto dever do Estado, consagrado na Constituição de 1988”. Neste sentido de urgente e necessária resistência, os autores propõem uma leitura do neoliberalismo para além da questão macroeconômica:

Nossos aportes teóricos para o debate buscam, com especial atenção, trazer “novas” perspectivas para se pensar o neoliberalismo, enfatizando-o menos como um sistema macroeconômico e político e mais enquanto uma racionalidade de governo e de produção dos nossos regimes de verdade, de poder e de subjetividade, que vem modificando profundamente a forma como pensamos e organizamos o campo da saúde. Seus princípios e valores não apenas transformaram o governo do Estado, mas, de forma difusa e capilar, também da saúde, das relações de trabalho, práticas educacionais e de diferentes aspectos da vida humana (Andrade; Carvalho; Oliveira, 2022, p. 3).

Acrescentam que, a lutas por direitos sociais têm sido impedidas não apenas por um “ideário neoliberal presente na conformação do Estado e das políticas públicas brasileiras, mas também por uma complexa reconfiguração das formas do governo da saúde, da subjetividade e de nossas relações com os outros e com nós mesmos” (Andrade; Carvalho; Oliveira, 2022, p. 3).

Neste sentido, entendem que, quando se faz uma conexão intrínseca entre governo e subjetividade, os exercícios de técnicas e prática, exigem não apenas mecanismos disciplinares sobre os indivíduos, mas também do governo sobre a população. “É em nome da saúde da população, de sua longevidade, bem-estar, prosperidade, segurança, felicidade etc. que diferentes formas e práticas de governo, incluindo as que têm como centro o Estado, vão se estruturar historicamente” (Andrade; Carvalho; Oliveira, 2022, p. 5).

A fim de aproximar-se do entendimento com relação a naturalização da ordem neoliberal e da compreensão da saúde e das práticas por parte da população e consequentemente, por parte dos trabalhadores da saúde, que não exclui aqueles do local do estudo, se buscou a compreender, como nesse sentido essa lógica se construiu e se constrói.

Com relação a isso, concordamos com Andrade *et al*, (2022) quando afirmam que, ideologicamente se desenvolveu, o que chamam de um “vocabulário comum”, em torno de questões como, por exemplo, saúde e educação, controle do risco e subjetividade, na intenção de normalizar as práticas de governo, e que também formata um “conjunto de aspirações políticas e experiências históricas que busca aumentar direitos e a participação popular, diminuir a desigualdade e melhorar indicadores de desenvolvimento social”.

E para responder a essas aspirações, o Estado difunde e prolifera a existência tanto de instituições disciplinares, como hospitais e prisões, quanto de tecnologias de segurança da população, como a sexualidade, a epidemiologia, a planificação econômica etc. “É no exercício do ato de governar que se definem e atualizam os limites do que é ou não estatal, do que é ou não político, do que é público ou privado, do que é ligado à responsabilidade do indivíduo ou do coletivo” (Andrade; Carvalho; Oliveira, 2022, p.8).

Nesse contexto, o sujeito político aparece como cidadão dotado de direitos e, como sujeito normalizado. “É representado como um agente racional de interesses, mas dependente de um governo adequado, que o faça exercer suas escolhas e sua liberdade de forma adequada, produzindo uma normalização que será essencial para o governo neoliberal da saúde”. É dessa forma que o neoliberalismo formata as relações de nós com nós mesmos

enquanto trabalhadores, em todos os aspectos da vida, como o econômico e o sociocultural, por exemplo. E acrescentam os autores que, no neoliberalismo,

[...] o mercado assume função central, não apenas como resultado espontâneo das relações de indivíduos livres, mas devendo ser permanentemente legitimado e fabricado. Sua lógica de eficácia e aumento máximo de ganhos ganha autoridade e verdade científica, e deve guiar todas as práticas de governo na sociedade. Assim, o neoliberalismo não se opõe ou esvazia o Estado, mas se apossa dele para produzir continuamente um modo verdadeiro de governá-lo. Enquanto o liberalismo clássico buscava limitar a influência do Estado sobre um mercado (Andrade; Carvalho; Oliveira, 2022, p. 10)

O neoliberalismo vem construindo uma forma específica de Estado, com um conjunto de valores, princípios e práticas que modifica as relações e limites entre o público e privado e cria permanentemente fluxos de ordem material ou imaterial entre capitais, subjetividades e sociabilidades. E em nome do “enxugamento” do Estado, “há um deslocamento do governo para o sujeito individual e suas escolhas, transformando permanentemente o ambiente em que as ações se desenvolvem e cultivando atributos desejáveis em torno da competição [...]”. Nessa lógica, a economia dita o modelo de organização do Estado, estimulando à competição entre capitais, e entre sujeitos, onde a lógica do empreendedorismo substitui a da produção o que resulta na emergência de “um sujeito econômico ativo – empreendedor de “si mesmo” –, regido por uma permanente avaliação de produtividade e qualidade. A sociedade não é mais uma constelação de mercadorias e trabalhadores, mas de empresas individuais e coletivas” (Andrade; Carvalho; Oliveira, 2022, p. 11).

A naturalização de uma ordem neoliberal que ultrapassa o econômico, sem a exclusão desse aspecto, atinge a todos e está presente no imaginário e nos discursos tanto da população atendida, como no dos trabalhadores, no caso desse estudo, dos entrevistados. Exemplo disso é que quando questionados sobre o atendimento dos CAPS com relação a população migrantes, citam a Organização da Sociedade Civil, Embaixada Solidária, sobre a qual abordamos anteriormente.

*[...]mas aqui tem a Qual o nome daquela instituição Embaixada, Embaixada solidária e que faz, faz a ponte? Eu não sei. Eu entendia isso. Que havia uma ponte ali, sim” (S.2).*

Nesse sentido, ultrapassa-se a responsabilidade do atendimento do público privado para a Organização da Sociedade Civil, neste caso, frisa-se, sem fins lucrativos. Ou seja, coloca a responsabilidade dos serviços para o voluntariado, talvez, e apenas hipoteticamente, devido a uma leitura equivocada da dimensão da participação popular.

Ainda, no atendimento à saúde mental, destaca-se o crescimento das chamadas Comunidades terapêuticas, especialmente no caso dos atendimentos aos pacientes com problemas com álcool e drogas, estas financiadas, em parte, pelo poder público. Sobre as Comunidades Terapêuticas, Santos, 2018, observa:

Ao perceberem usuários de drogas como pessoas doentes, imorais e delinquentes, as CTs consideram imperativo não só colocá-los em abstinência, mas educá-los, ou reeducá-los, para uma nova inserção na vida social. Sua pedagogia se faz – como se pode constatar a partir de nossas e de outras pesquisas – por esforços de convencimento dos sujeitos de que o uso de drogas é reprovável, porque são substâncias nocivas à saúde, que distorcem o discernimento dos usuários e os transformam em desviantes morais e jurídicos. As formas de convencimento adotadas nas CTs, por sua vez, dão-se pelo proselitismo antidrogas, pela emulação de condutas valorizadas pela instituição e pela tentativa de introjeção, no sujeito, de novos atos e rotinas. Essa pedagogia parece visar, principalmente, inculcar nos sujeitos um novo *habitus* (Bourdieu, 2000) e um código moral, ambos ancorados nos valores do trabalho, da disciplina, da família e da religião (Santos, 2018, p.28)

Nestes dois exemplos citados, organizações não governamentais e comunidades terapêuticas, percebe-se um deslocamento da saúde para o âmbito da sociedade civil, que não produz apenas a desresponsabilização do poder

público em relação à saúde dos indivíduos e da população, mas também, como no caso do segundo exemplo, “uma compreensão de normalidade subjetiva e “biopsicossocial”, como equivalente às escolhas morais e comportamentais em relação a nós mesmos e nossos “estilos de vida” e com isso, infartados que seguem fumando, usuários de álcool e outras drogas que não estão em abstinência, por exemplo, têm suas vidas e escolhas tratadas como inaceitáveis, e vistos como um fardo econômico e moral para a sociedade (Andrade; Carvalho; Oliveira, 2022, p. 13).

Sendo assim, ao invés de intervir sobre as condições sociais relacionadas à saúde, como acesso à renda básica, alimentação, água potável etc., o neoliberalismo transforma a saúde como sinônimo de um estilo de vida baseado em escolhas individuais, onde sujeitos saudáveis são tidos como “bons” e os doentes são considerados irresponsáveis.

É importante reconhecer que no movimento dessas relações de poder, há um processo permanente de resistência às formas de subjetividade e normalidade. Apesar de o neoliberalismo estar colocado como projeto hegemônico, não é um projeto unânime, pois não somos sujeitos unificados por um regime. E justamente por não ser um projeto unânime, ao pensarmos o cuidado no contexto neoliberal devemos ter em mente que existe outro projeto em disputa, no qual a saúde e a subjetividade se produzem e resistem às práticas de governo e ao interesse do mercado.

### **3.5.4 A educação permanente nos preceitos da Reforma Psiquiátrica**

Inicialmente cumpre fazer a diferenciação conceitual de Educação Permanente em Saúde e de Educação Continuada, muitas vezes usadas, equivocadamente como sinônimos. A Educação Continuada objetiva a atualização do trabalhador, complementando a sua formação em atividades institucionais, com predomínio de uma concepção de educação instrumental, organizada de forma vertical, com cursos e treinamentos. Por outro lado, a Educação Permanente em Saúde, “valoriza o trabalho como fonte de saberes, colocando na sua organização a noção de aprendizagem significativa, que vincula esta aprendizagem à problematização dos processos” (Mattos *et al*, 2020 p.1278). Neste sentido, escolhemos abordar a educação permanente.

A Educação Permanente foi instituída pelo Ministério da Saúde como proposta de formação para fortalecimento do SUS. Isso porque parte-se do entendimento de que a educação dos profissionais da saúde deve ser um processo que acompanha as constantes mudanças na sociedade e no próprio atendimento. Tal proposta vem em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, sancionada pela Lei Federal nº 10.216, de 2 de abril de 2001 e seu objetivo é desenvolver um trabalho em saúde inserido em um processo multiprofissional e interdisciplinar, coletivo, educativo dialógico e de incentivo ao protagonismo dos profissionais em relação ao desenvolvimento de sua formação.

Ao perguntar aos entrevistados sobre as principais dificuldades e sobre sugestões para a melhoria no atendimento aos migrantes, uma questão foi unânime, a dificuldade de comunicação e a necessidade de um tradutor ou intérprete.

S1 – “A linguagem é um dos fatores que acaba dificultando, que a gente m muitas vezes tem receio se ta fazendo ser compreendido e, também ficamos

*naquela angústia, se estamos conseguindo compreender, (...) o que eles trazem pra nós, e isso é um fator que influencia muito”.*

*S2 - Que talvez seja a língua. A questão da fala mesmo. É da comunicação. Porque talvez ele vai conseguir comunicar coisas básicas, né?*

*S3 - A questão mais do tradutor que deveria ter, penso eu, ou uma pessoa disponível para esta função, porque também a gente entende a iniciativa da Embaixada Solidária, só que a gente precisa também entender que é um serviço voluntário. Então a gente tem que se organizar também. Questão de agenda, né?*

Outra resposta foi com relação a dificuldade na identificação de rede de apoio para se ter informações sobre o paciente e oferecer o tratamento adequado e sobre as dificuldades de compreender as dimensões culturais.

*S1 – “ A questão também, cultural social acaba afetando, né? ”*

*S3- “E a falta de rede de apoio na questão dos imigrantes mesmo, né? Porque são casos. Algumas questões, se for o caso grave, a gente fica um pouco desassistido no sentido de apoio mesmo. Quando, por exemplo, tem pacientes que não é o paciente que faz a administração de medicação, é o familiar que faz. E na falta desse, quem faz, né? Muitas vezes não faz.*

Observou-se que, apesar de serem legítimas e importantes as dificuldades citadas e da sugestão oferecida, em nenhuma das respostas houve menção a importância da Educação Permanente dos profissionais de saúde, para o atendimento as demandas, tão pouco para as demandas relativas aos migrantes.

Destaca-se que os Caps, local onde realizou-se a pesquisa, constituem núcleos fundamentais para responder às principais necessidades de cuidados dos pacientes que sofrem de transtornos mentais graves e persistentes, estão pautados no atendimento numa lógica de territorialização e enfatizam a importância da inclusão da família no tratamento e na reabilitação.

Entretanto, na saúde mental, as formações tradicionais de seus profissionais são caracterizadas pelo modelo biomédico, isso fica evidente também na gestão, já que todos os entrevistados, coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial são psicólogos e, mesmo a

psicologia tendo também um caráter psicossocial, percebeu-se nos relatos das entrevistas, um distanciamento com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Plano Nacional de Saúde Mental. Desta forma, torna-se importante repensar e reestruturar estratégias de formação profissional em consonância com os desafios da política de saúde mental e centradas nas necessidades da população,

Isso é reflexo da lógica neoliberal de atendimento à saúde, abordada no item anterior, onde se dá mais importância a técnica, ou seja, cursos que preparam ou aprimoram para as intervenções de caráter prático, como por exemplo, como se fazer um curativo ou como aprimorar a técnica em fazê-lo, não se preocupando com o conhecimento sobre os sujeitos envolvidos no atendimento e como funcionam suas vidas nas dimensões econômicas e socioculturais.

A já referida nota 8/2024, traz avanços também, quando orienta sobre a promoção de atividades de educação permanente e continuada, “para a constante sensibilidade cultural às especificidades da população migrante, reforçando atendimentos humanizados, antirracistas e antixenófobos por todos os profissionais de saúde”. (Brasil, 2024 p.7).

Nesse sentido, a teoria da educação popular em Paulo Freire pode ser utilizada tanto para as ações de promoção de saúde quanto para a formação dos profissionais. Pois traz a premissa de que para mudarmos a sociedade é necessário que saibamos como fazê-lo. Isso porque, de acordo com Ceccim, 2005, se não estudamos a forma de fazê-lo, acabamos por reproduzir relações de dominação nas quais fomos forjados e herdamos, e nos perdemos no processo.

A garantia de direitos mais amplos à esta população migrante traz a necessidade de que o sujeito em questão, seja também parte ativa da atividade formadora, valorizando a Educação Popular e seus princípios. Portanto, ao se pensar como fazê-lo se faz necessário buscar estratégias formativas coletivas, como propõe o conceito de Educação Permanente.

Ainda, este processo deve ser permanente e interdisciplinar, para que repercuta na concretização da responsabilidade técnico-científica, social e ética do cuidado, bem como do acompanhamento humanizado em saúde. Garantir este processo nos distintos territórios de saúde, sem deslocar o profissional da realidade que o circunda, é tanto uma necessidade como um desafio para a educação permanente.

É necessário iniciar pelo aprender a aprender, trabalhar em equipe, construir cotidianos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional. A educação permanente considera que para produzir mudanças na gestão e atenção devemos ser capazes

de dialogar com as concepções vigentes e problematizá-las de forma concreta em cada equipe e então construir novos pactos de convivência e práticas (Ceccim, 2005). Portanto, a proximidade da equipe de saúde com a população migrante pode ser capaz de ir além de conhecer quais são as demandas em saúde que esta população apresenta, ou do enfrentamento das barreiras de acesso, pode permitir conhecer suas histórias de vida e migração, aprender com o próprio usuário, acolher e ser acolhido.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento dessa Dissertação, partindo da busca pela compreensão da categoria migração no contexto do modo de produção capitalista, e do neoliberalismo, bem como, a aproximação teórica com relação a saúde e a saúde mental, serviram de base a apreensão sobre a saúde dos migrantes internacionais. A forma como o capitalismo se “metamorfoseia” e cria sempre possibilidades de extração da mais valia, desde a acumulação primitiva até a flexibilização do capital, possibilita perceber que a agudização da exploração e expropriação dos trabalhadores, seja dos meios de produção e de subsistência, ou da retirada e diminuição dos seus direitos, também cria oportunidade de expansão do capital e em contrapartida, regulamentações que limitam o movimento das pessoas.

Verificado também, através das referências teóricas utilizadas na construção do trabalho, a explícita contradição do que prevê a Declaração dos Direitos Humanos e demais tratados internacionais, com a lógica, não recente, mas agudizada de controle das fronteiras e dos fluxos migratórios, onde há a intensificação de medidas de governos objetivando a limitação de entrada e permanência, e mesmo realizando a expulsão da população migrante. Exemplo notório, é o caso das deportações em massa que vem sendo promovida pelos Estados Unidos, e os reflexos nos outros países do mundo, que passam, também, a limitar o recebimento e permanência dos migrantes em seus territórios.

Da mesma maneira, a busca da identificação sobre quais são e a compreensão a respeito dos marcos legais brasileiros sobre a temática da migração, em uma perspectiva histórica, colaborou para verificar como o Estado cria legislações que defendem os interesses do capital e, especialmente, na questão da migração, como essa legislação se altera dando suporte aos interesses de cada governo.

Esses interesses que se expressam nas legislações que vão: desde o incentivo as imigrações no contexto do período colonial até a Primeira República, visando o embranquecimento da raça e o desenvolvimento agrário, até a exclusão dos migrantes sob o argumento da segurança nacional, e, novamente, o incentivo ao acolhimento, especialmente, de migrantes e refugiados entre os anos de 2000 até 2024.

O que se percebe nesse movimento é que, na realidade do Brasil vivemos entre avanços e retrocessos com relação ao tema da migração. Mais recentemente, em 2017, há a promulgação da Lei de Migração e no período imediatamente posterior, o governo de Jair Bolsonaro buscou retomar a questão da segurança nacional e selecionar os migrantes que desejava, como é o caso do incentivo

a vinda das famílias de cubanos do Programa Mais Médicos, que o governo de Jair Bolsonaro “tentou salvar” do comunismo e o acolhimento dos refugiados ucranianos. E, por outro lado, uma postura xenofóbica contra os venezuelanos e demais povos da América Latina, bem como, contra senegaleses, e demais povos vindos de países periféricos, especialmente da migração Sul-Sul, e que compõe uma massa que vem migrando intensamente nos últimos anos para o Brasil, em evidente retrocesso e afronta a própria lei que havia sido recentemente promulgada.

Na sequência, após a eleição de Luís Inacio Lula da Silva, verifica-se, imediatamente no início do seu governo em 2023, a volta para o Pacto Global para Migração Segura e a tentativa de construir e aprovar uma Política Migratória, porém, sem muitos avanços nos últimos meses, e até alguns retrocessos, como a negativa de recebimento de refugiados que tinham como destino outros países, mas que pediam asilo quando chegavam ao território brasileiro.

Com relação ao atendimento à saúde e especialmente a saúde mental, a qual se ocupou a pesquisa, fica evidente a lógica neoliberal dos arranjos nos atendimentos da população em geral e consequentemente aos migrantes internacionais. Estes últimos a mercê a invisibilidade e de falta de ações que atendam as particularidades das suas necessidades, respeitando as dimensões socioculturais de suas existências e dinâmica de vida.

O entendimento sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde do município de Toledo e da saúde mental, trouxeram reflexões que resultaram na constatação de que não há um atendimento direcionado a população migrante do município. Os eixos de análises escolhidos para a discussão, o foram, levando em consideração os elementos trazidos no arcabouço teórico juntamente com as falas das entrevistas, em que se percebeu o diagnóstico e os desafios para os trabalhadores da saúde, de maneira geral e para a categoria profissional, pois podem perpassar pelo cotidiano dos/as Assistentes Sociais, tais como a: a invisibilidade dos migrantes no município, a falta de políticas sociais direcionadas ao essa população, bem como, a ausência de medidas que garantam, de fato, a sobrevivência com o acolhimento dessas pessoas e efetivação de seus direitos, a compreensão de suas histórias, cultura, religião e demais aspectos das relações sociais, a fim de prestar um atendimento adequado e que venha a fortalecer o combate ao racismo e a xenofobia.

Além disso, reconhecer o migrante no serviço de saúde atribui direitos aos indivíduos nesta condição, incluindo o respeito às subjetividades presentes na relação entre os usuários e os profissionais de saúde. Nesse sentido cabe defender a integralidade como valor a ser sustentado nas práticas dos profissionais de saúde no atendimento à população migrante, cuja expressão está na forma como responderão aos usuários migrantes que procuram os serviços de saúde.

Se a população migrante está identificada como presente em um território de saúde, é porque acessa os serviços. Sendo assim, cabem alguns questionamentos como quais serviços esta população acessa, se recebe uma atenção integral, e se não o faz qual o motivo.

Outro questionamento é sobre qual o papel dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família na manutenção das barreiras de acesso, entre elas ao acesso a

um cuidado integral. Ou ainda, quais são os afetos que sustentam estas barreiras nos profissionais de saúde com relação ao atendimento da população migrante, onde o preconceito possivelmente surge como um de seus pilares de sustentação.

A integralidade deve ser vista como algo que é construído nas interações cotidianas e nas práticas de cuidado e não reduzida a uma prescrição normativa, mas deve ser entendida como um processo em constante construção, influenciado pelas relações de poder, pelos contextos institucionais e pelas práticas dos profissionais de saúde. É uma prática que deve ser produzida no dia a dia do trabalho em saúde, sendo, portanto, um elemento dinâmico e processual.

A criação de vínculos com a população também é fundamental, pois conforme afirma Campos (2003) é um dos principais meios para uma prática do atendimento de qualidade. O conceito de vínculo, neste sentido, indica interdependência, relações de compromisso entre profissionais de saúde e os atendidos que dependem de ambos.

Por parte da equipe de saúde, a construção do vínculo depende do modo como esta se responsabiliza tanto pela saúde coletiva de uma comunidade como com a saúde individual, particularmente daqueles mais vulneráveis. E por parte dos usuários, quando eles têm a percepção de que a equipe pode contribuir de algum modo para defender sua saúde, relacionada ao conceito de saúde que este traz. Ressalta-se que a percepção de saúde difere entre os indivíduos em dependência de, entre outros fatores, os culturais.

A criação de uma metodologia de atendimento deve conter ferramentas teóricas e práticas para o aprendizado coletivo, com trocas de conhecimentos entre a população migrante e os profissionais de saúde.

Essa metodologia está prevista nos preceitos do sistema de saúde público brasileiro com a Política Nacional de Humanização do SUS de 2003 e baseia-se na escuta reconhecendo o saber, o interesse e o desejo das pessoas. É uma prática dialógica, negociada e menos prescritiva, que não desconsidera a importância das recomendações baseadas em evidências, nem da qualificação técnica.

O migrante, embora tendo sua saúde influenciada pelos planos socioeconômicos e culturais, apresenta agravos e doenças em última instância, que se expressam nos sujeitos concretos. Nesta direção, Campos (2003) afirma que as transformações em direção à cogestão e à clínica ampliada devem preferencialmente buscar um trabalho processual de aprendizado coletivo, mais do que mudanças abruptas. Se considerarmos o grupo dos migrantes residentes no território como agentes de saúde da sua própria família ou agrupação, podemos encontrar lideranças que auxiliem no cuidado e na aprendizagem da equipe de saúde para lidar com as barreiras que estão postas. Neste sentido, a proposta em questão, para o atendimento à população migrante no SUS, partindo da sensibilização dos trabalhadores da saúde, como uma atividade de educação permanente, pode trazer luz a este debate

## REFERENCIAS:

ACNUR. **Dados: Refugiados no Brasil e no mundo.** <https://www.acnur.org/br/dados-refugiados-no-brasil-e-no-mundo>. Acesso em 01 mar. 2025

ACNUR. **A Declaração de Cartagena sobre Refugiados de 1984**, 2024. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/sobre-o-acnur/mandato-do-acnur#:~:text=A%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Cartagena%20sobre%20Refugiados%20de%201984%20%C3%A9%20um,no%20Caribe%20nas%20%C3%BAltimas%20d%C3%A9cadas>. Acesso em: 20 fev. 2025

ACNUR. **Notícias e comunicações.** Disponível em: <https://www.acnur.org/br/noticias/comunicados-imprensa/em-meio-ao-aumento-do-deslocamento-forcado-global-acnur-celebra>. Acesso em 22 mar 2025.

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMEISNTEIM, Magda. **A reforma psiquiátrica e os desafios na reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2006.v10n20/299-316/pt>. Acesso em 01 mar. 2025.

AMARAL, Ana Paula Martins Amaral; COSTA, Luiz Rosado. **A (não) criminalização das migrações e políticas migratórias no Brasil: do Estatuto do Estrangeiro à nova Lei de Migração.** Revista Justiça do Direito, Passo Fundo, v. 31, n. 2, p. 208-28, 2017. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rjd/article/view/7147>. Acesso em: 15 mar 2025.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

ANDRADE, José H. Fischel de. **O Brasil e a organização internacional para os refugiados (1946-1952)**, Rev. Brasil Político, v. 48, p. 60 à 96, 2005. <https://www.scielo.br/j/rbpi/a/GfVHGX8K4mCrkNvqgJMPTYF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 fev. 2025.

ANDRADE, Henrique Sater; CARVALHO, Sergio Resende; OLIVEIRA, Cathana Freitas de. **Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde.** Revista Phylis, 2022, p. 1-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/by8GXGm8CdqVmJsnVDP65cR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 01 abr. 2025.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do Mundo do Trabalho.** 12 ed. São Paulo: 2007.

ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino. **A Psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição.** São Paulo: Unimarco: EDUCANTUNES, 2014.

BARALDI, Camila Bibiana Freitas. **Migrações internacionais, direitos humanos e cidadania sul-americana: o prisma do Brasil e da integração sul-americana.** Tese

(Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais do Instituto de Relações Internacionais, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: [http://www.iri.usp.br/documentos/defesa\\_2014-08-08\\_Camila\\_Bibiana\\_Freitas\\_Baraldi\\_DO.pdf](http://www.iri.usp.br/documentos/defesa_2014-08-08_Camila_Bibiana_Freitas_Baraldi_DO.pdf). Acesso em 20 fev. 2025.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

BENEVIDES, Maria Victoria. **Cidadania e Direitos Humanos**. São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/benevidescidadaniaedireitoshumanos.pdf>. Acesso em 20.fev.2024.

BERING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2008.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social**. Rev. Katálysis. Florianópolis:UFSC, v. 10 n. esp., p. 46-54, 2007. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000300005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000300005&script=sci_abstract&tlng=pt)

BRANCO, Marisa Lucena. **O SUS na fronteira e o Direito**: Em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. Monografia de Especialização. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz Brasília, Programa de Pós Graduação Lato Sensu em Saúde Coletiva. Curso de Especialização em Direito Sanitário, 2009. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/marisa\\_branco\\_sus\\_fronteira\\_direito.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/marisa_branco_sus_fronteira_direito.pdf). Acesso em 15 mar. 2025.

BRASIL. Câmara dos deputados. **Comissão aprova texto da Convenção das Nações Unidas sobre proteção a trabalhadores migrantes.**, 2022. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/927401-comissao-aprova-texto-da-convencao-das-nacoes-unidas-sobre-protecao-a-trabalhadores-migrantes/>. Acesso em 20 fev. 2022.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934**. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1934. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm). Acesso em: 14 jul. 2024.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 1946**. Rio de Janeiro, 1946. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao46.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm). Acesso em: 25 fev. 2025.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil. 1988**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 20 fev. 2025.

BRASIL. **Decreto 528 de 1890**. Regularisa o serviço da introdução e localização de imigrantes na Republica dos Estados Unidos do Brazil. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-528-28-junho-1890-506935-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 01 mar. 2025

BRASIL. **Lei nº 6.815 de 1980**. Estatuto de Estrangeiro. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6815.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6815.htm). Acesso em 01 mar. 2025.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à fome**. Operação acolhida. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/operacao-acolhida>. Acesso em 23 fev. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Nota técnica nº 8/2024. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-8-2024.pdf>. Acesso em 05 abr. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Rede Humanizassus, 1990, p.10. Disponível em [https://redehumanizassus.net/sites/default/files/10\\_0381\\_final\\_o\\_humanizassus\\_na\\_ab.pdf](https://redehumanizassus.net/sites/default/files/10_0381_final_o_humanizassus_na_ab.pdf). Acesso em 01 mar 2025.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOFC. Set. 1990; 18055. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil03/LEIS/L8080.htm> . Acesso em 05 mar. 2025

BRASIL. **Ministérios os direitos humanos**. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/migrantes-refugiados-e-apatridas>. Acesso em 22 mar 2025.

BRASIL. **Guia de Direitos Sus**, 2024, Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/conheca-seus-direitos-no-sus.pdf/view>. Acesso em 15 mar 2025.

BRASIL, Deilton Ribeiro; GODINHO, Ana Claudia de Pinho. **Uma leitura no contexto histórico das políticas migratórias brasileiras e das disposições preliminares da nova lei de migração**. Revista do Programa de Pós Graduação em Direito, 2020, v. 30, n.2, p. 59-78.

BRASIL, Deilton Ribeiro. **O Pacto Global dos Direitos Humanos ao Meio Ambiente ecologicamente equilibrado**: a tutela ambiental pelos mecanismos tradicionais de direitos humanos. Caderno De Relações Internacionais, 12 (23). 2011,

BRAVO, Marai Inês. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2ª ed. São Paulo, Cortez, p. 11- 36, 2008.

CASTRO LIMA, Mario Jorge Philocreon; SODRÉ, Edyleno Italo Santos. **A nova lei de migração e os tratados internacionais de direitos humanos das américas como meios de proteção da dignidade humana de migrantes no brasil**. Revista de Direitos Humanos em Perspectiva, Florianópolis, Brasil, v. 7, n. 1, p. 43–61, 2021. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/direitoshumanos/article/view/7760>. Acesso em: 13 mar. 2025.

CECCIN, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Ver. Interface – Comunicação, Saúde e Educação. Botucatu, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/>. Acesso em 01 abr 2025.

CHESNAIS. François. **A mundialização do Capital.** São Paulo, 1996.

CONECTAS. **Brasil esconde emergência humanitária no Acre.** Conectas-Diretos Humanos. 12 ago. 2013. Ações/Política Externa/ Notícias. Disponível em: <http://conectas.org/ptacoes/politica-externa/noticia/brasil-esconde-emergencia-humanitaria-no-acre>. Acesso em 01 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional**, 2011, P.1131

COGO, Denise Maria. Entrevista concedida a André Aparecido Medeiros. **Migração e Acesso aos Serviços de Saúde: A necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos humanos.** 2 ago 2016.

COHN, A. **O SUS e o direito a saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde.** In: LIMA, N. T. *et al. Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 385-405, 2005

COSTA, Luiz Rosado; SOUZA, José Eduardo Melo de; BARROS, Livia Cristina dos Anjos. **Um histórico da Política Migratória Brasileira a partir de seus marcos legais (1808 – 2019).** Corumbá: Revista GeoPantanal, 2019, n. 27, jul/dez, p. 167-184.

COSTA-ROSA, Abilio da. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar.** In: Paul 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson, cap. **Cidadania e Modernidade**, pág 41-59, São Paulo 1999.

CREMESP. **Atendimento a imigrantes sem cidadania é obrigatório por diretrizes legais e éticas.** Jornal do CREMESP, ed. 332, dez. 2015. Bioética, p. 15. In: CREMESP- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=jornal&id=2127>. Acesso em 01 mar. 2025.

DAL RI JUNIOR, Arno; OLIVEIRA, Odete Maria de. Introdução. **Cidadania e nacionalidade: efeitos e perspectivas nacionais, regionais, globais.** Ijuí: Ed. Unijuí, 2002.

DELEUZE, Gilles; GUATARI, Felix. **O anti-édipo, o capitalismo e esquizofrenia.** São Paulo: Ed. 34, 2010.

EMBAIXADA SOLIDARIA. Em reunião com a fundadora Edna Nunes em 05 de abril de 2025. Toledo, 2025.

FAGUNDES. Helenara Silveira; KRETZ. Ineiva Terezinha. **Quo Vadis? A Dinâmica das migrações internacionais contemporâneas.** Pelotas: Revista Sociedade em Debate, 2019, p. 13-28.

FALEIROS, Vicente de Paula; VASCONCELOS, Luiz Carlos Fadel de; SILVA, Jacinta de Fátima Senna da; SILVEIRA, Rosa Maria Godoy. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. 2006, P.43. Disponível em: <https://search.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-1076>. Acesso em 15 fev. 2025.

FARINHA, Marciana Gonçalves; BRAGA, Tatiane Bevenides Magalhães. **Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas**. Rev. abordagem gestalt. vol.24 no.3 Goiânia set./dez. 2018. Disponível [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672018000300009](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672018000300009). Acesso em 24/03/2025.

FILHO, Claudio Bertolli. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 1998.

FORNAZARI, Sandro Kobal. Estado e Máquinas de Guerra. Revista Trágica. Vol. 17 n° 02, 2024. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/tragica/article/view/64376/41454>. Acesso em 15 de março de 2025.

FRANKEN, Ieda Franken; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; RAMOS, Maria Natália Pereira. **Representações sociais, saúde mental e imigração internacional**. Revista Psicologia Ciência e Profissão. 2012. Ed. 32, p. 202 a 219. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/PQYkfTZgXX5zDV3k6KT49pB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 01 abr.2025.

GIOVANELLA, L. et al (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 1100.

GUERRA, Yolanda. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Brasília, 2009.

GORENDER. Jacob. **O Escravidão colonial**. São Paulo: Perseu Abramo, 1976.

HIRDES. Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1),297-305. <https://dx.doi.org/10.1590/S141381232009000100036>

IPARDES. **Instituto Paranaense de Desenvolvimento**. Base de dados, 2025. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/>. Acesso em 15 fev. 2025.

IPARDES. **Instituto Paranaense de Desenvolvimento**. 2025. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/>. Base de Dados, 2022. Acesso em 15 fev. 2025.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. *Dicionário básico de Filosofia* Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

KREUTZ, Ineiva Terezinha. **Migrações internacionais, trabalho e capital: seletividades persistentes e promessas ilusórias do direito à dignidade humana**. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2021.

LANCETTI, Antonio. **Saúde e Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec. 2011.

LANZA, Liria Maria Bettiol; SANTOS, Amanda de Barros; RODRIGUES, Julia Ramalho. **Imigração, território e as políticas de seguridade social**. Vitória: Revista. Argumentum, v.8 n.3 2016, p. 54-66.

LANZA, Liria Maria Bettiol; MACCAGNAN, Luis Alberto; GARCIA, Marcílio Ronaldo. **Trabalho e Imigração**. Londrina: II Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios contemporâneos, 2017, 04 a 07 jun.

LAMY; Marcelo; ROLDAN, Rosilma; HAHN Milton Marcelo. O Direito à Saúde como Direito Humano e Fundamental. Rev. Em Tempo - Marília - v. 17 – 2018.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Florianópolis: Revista Katalysis, 2007, p. 37 a 45.

LIMA, Ludmila. **Quarenta anos da Declaração de Cartagena: proteção e desafios para refugiados na América Latina**. Disponível em: <https://csvm.ufg.br/n/186371-quarenta-anos-da-declaracao-de-cartagena-protecao-e-desafios-para-refugiados-na-america-latina>. Acesso 05 fev. 2025.

LOWY, Michael. **Crise ecológica, crise capitalista, crise de civilização: a alternativa ecossocialista**. Scielo Brasil. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/dZvstrPz9ncnrSQtYdsHb7D/>. Acesso em 15 de março de 2025.

MACEDO, Monica Medeiros Kother. A (In)visibilidade do Outro: Reflexões sobre Refúgio e Migração. Psicologia: Ciência e Profissão 2022 v. 42, 1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/DbF5k9MTyJjngqNBxzqc5hH/?format=pdf>. Acesso em 05 mar. 2025.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômicos e Filosóficos**. Boitempo, 1 ed. São Paulo, 2004.

MATTA; Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro.2007.

MATTOS, Mússio Pirajá; CAMPOS, Hudson Manoel Nogueira; GOMES, Daiene Rosa; FERREIRA, Lorena; CARVALHO, Raquel Baroni de; ESPOSTI. **Educação Permanente em Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa da literatura**. Saúde em Debate, 2020, vol. 44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YyZgbjW8Q6SggHtJcDvvz9h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 abr 2025.

MATOS-DE-SOUZA, Rodrigo; RODRIGUES, Maria dos Remédios; MOURA, Ellen Michelle Barbosa de. **Migração e Educação: a invisibilização do migrantes nos documentos curriculares da Região Nordeste do Brasil.** Rev. Educ. Publ. Cuiabá, v. 31, jan 2022. Disponível em: [http://educa.fcc.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=2238](http://educa.fcc.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=2238) . Acesso em: 08. Abr. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O SUS e a atenção primária de saúde** - Entrevista. *Revista APS*, v. 8, n. 2, p. 218-219, jul./dez., 2005.

MENDES, José Sancheta Ramos; MENEZES, Fábio Bensabath Bezerra de. **Política migratória no Brasil de Jair Bolsonaro: “perigo estrangeiro e retorno à ideologia de segurança nacional.** Recife: Revista Crítica de humanidades, 2019, n. 247 mai/ago. p. 302-321.

MENDES. Eugenio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social - Teoria, Método e Criatividade.** 29 ° ed. Petrópolis, Vozes, 2013.

MIGRAMUNDO. **Migrações no Brasil e no mundo: como foi 2024 e o que esperar de 2025.** Disponível em: <https://migramundo.com/migracoes-no-brasil-e-no-mundo-como-foi-2024-e-o-que-esperar-de-2025>. Acesso em 15 de março de 2025.

MULLER, Ágeda. **Capítulo 2. La salud, um derecho humano.** Elderecho de la salud e los derechos humanos, 2014.

NASCIMENTO. Mariângela. **Direitos Humanos, Cidadania e Migração: desafios para o século XXI.** 2023, Ed. 239. Disponível em: <https://teoriaedebate.org.br/2023/12/19/direitos-humanos-cidadania-e-migracao-desafios-para-o-seculo-xxi/>. Acesso em 01 abr. 2025.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica.** 8 Ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx.** São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, José Paulo. Cinco Notas a Propósito da “questão social”. São Paulo, Cortez, 2001.

OBMIGRA, **Relatório Obmigra 2024 destaca dinâmicas migratórias e desafios regionais no Brasil.** Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/relatorio-obmigra-2024-destaca-dinamicas-migratorias-e-desafios-regionais-no-brasil2024>. Acesso em 01 mar. 2025.

OEA. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos (CADH), Pacto de São José da Costa Rica,** 1969. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d0678.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm). Acesso em 20 fev. 2025.

OLIVEIRA, Maria Helena Barros de; VIANNA, Marcos Besserman; TELLES, NAIR; .., MACHADO, Felipe Rangel de Souza; FERREIRA, Aldo Pacheco; TELLES, Fernando Salgueiro

Passos; SOUTO, Lucia Regina Florentino. **Direitos humanos e saúde: 70 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde, 12(4), 2018.

OLIVEIRA, André Luiz. **História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS**. 2012. FACASC. 2012. Disponível em:  
<https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/view/198>. Acesso em 20 fev. 2025.

OMS. **Organização Mundial de Saúde**. O que significa ter saúde, 2014. Disponível em  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-queiro-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso 20 fev. 2025.

ONU. **Protocolo de 1967 relativo ao Estatuto dos Refugiados**. Disponível em:  
[https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Protocolo\\_de\\_1967\\_Relativo\\_ao\\_Estatuto\\_dos\\_Refugiados.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Protocolo_de_1967_Relativo_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf). Acesso em 20 fev. 2025.

ONU. **Declaração do Direitos Humanos**. Disponível em:  
<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em 24 jul.2022

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PAIM, Jairson Silva; SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS**. Repositório Institucional da UFBA. 2010. Disponível em:  
<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/5975>. Acesso em 05 mar. 2025.

PAIM, Jairson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2018, p. 1723 a 1728. Disponível em  
<https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1723-1728/pt>, acesso em 20 de março de 2025.

PAIM, Jairson Silva. **Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Saúde em Destaque, 2019. Disponível em:  
<https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/15-28/>. Acesso em 05 mar. 2025.

PERELMAN C. **Ética e direito**. São Paulo: Editora Martins Fontes; 1996.

PINHEIRO. Hugo Cordeiro Mota. **A imigração de bolivianos e haitianos no Brasil: o subimperialismo brasileiro em foco**. O Social em Questão, 2018, n. 41 mai/ago, p. 87-110.

PINTO, Alessandra Teixeira Marques; FERREIRA, Arthur Arruda Leal. **Problematisando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial**. 2010. Psicologia em Estudo, Maringá, 15(1), p. 27-34. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/pe/a/WxL3NDYNwqx4RnCP7sdvCMY/>. Acesso em: 01 mar 2025.

PONTUAL, Helena Daltro. **História das Constituições**. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/noticias/especiais/constituicao25anos/historia-das-constituicoes.htm>. Acesso em 24 jul. 2022

POLIS, Gustavo; Steffan, Márcio Ricardo. **Instituições Transnacionais: A disseminação da austeridade através da Análise Econômica do Direito**. 2015. Disponível em: [https://www.academia.edu/37655741/Institui%C3%A7%C3%B5es\\_Transnacionais\\_A\\_dissemina%C3%A7%C3%A3o\\_da\\_austeridade\\_atrav%C3%A9s\\_da\\_An%C3%A1lise\\_Econ%C3%B4mica\\_do\\_Direito?work\\_id=37655741](https://www.academia.edu/37655741/Institui%C3%A7%C3%B5es_Transnacionais_A_dissemina%C3%A7%C3%A3o_da_austeridade_atrav%C3%A9s_da_An%C3%A1lise_Econ%C3%B4mica_do_Direito?work_id=37655741). Acesso em 14 de março de 2025.

PRIORI, Angelo. *Et al.* **História do Paraná: séculos XIX e XX**. Eduem, 2012.

PUCCINI, Camila. **Direito dos Imigrantes ao sistema público de saúde**. In: O estrangeiro. 2013. Análises. Disponível em: <https://oestrangeiro.org/2013/03/29/direito-dos-imigrantes-ao-sistemapublico-de-saude>. Acesso em 01 mar. 2025.

PUSSETTI, Chiara. **Biopolíticas da Depressão nos Imigrantes Africanos**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.18, n. 4, p. 590-608, 2009. Disponível em: <http://oestrangeirodotorg.files.wordpress.com/2013/03/biopolitic3adtica-da-depressc3a3o.pdf>. Acesso em 01 mar. 2025.

RIBEIRO, Roberta Daiane; MARQUES, Wellinson. **Migrações contemporâneas para o brasil: contexto socioeconômico e educacional**. Revista me Foco, v. 17, n. 12, p. e 7280, 2024. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/7280>. Acesso em: 14 mar. 2025.

RIPPEL, Ricardo. **Toledo no Paraná: 75 anos de Transformações Econômicas e Demográficas – 1946 -2021**. Gepec. Toledo. V. 26, n. 3, edição especial: homenagem ao Prof. Dr. Moacir Piffer, p. 81 -101, 2022.

RIBEIRO, Marli Benedita Santos; MARTINS, Sueli Terezinha; OLIVEIRA, Luiz Roberto. **Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico**. *Estudos de Psicologia*, 14(2), 2009, p. 133-140.

RUFINO, Cátia; AMORIM, Sérgio Gonçalves de. **Imigração Internacional e Gestão Pública da Saúde na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) – Uma contextualização a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS)**. XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Águas de Lindóia, 19-23.2012

SANTOS, Maria Paula Gomes. **Comunidades Terapêuticas e A Disputa Sobre Modelos de Atenção Aos Usuarios de Drogas no Brasil**. 2018. <https://pt.scribd.com/document/662500384/Comunidades-Terapeuticas-e-a-Disputa-Sobre-Modelos-de-Atencao-Aos-Usuarios-de-Drogas-No-Br>. Acesso em 05 mar. 2025.

SANTOS, Marco Aurélio dos. **Migrações e trabalho sob contrato no século XIX**. História. Franca, SP, v. 36, e12, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/his/v36/0101-9074-his36-e12.pdf> Acesso em: 13 mar. 2025.

SAITO, Kohei. UOL Notincis. Disponível em: <https://www.uol.com.br/ecoa/noticias/deutsche-welle/2024/11/18/enquanto-houver-capitalismo-havera-crise-ambiental-diz-autor-de-best-seller.htm?cmpid=copiaecola>. Acessado em 10 mar 2025.

SAMPAIO, Cynthia. **Migração e Saúde: um testemunho**. REMHU, Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana, Brasília, v.21, n. 40, p. 245-250, jun.2013.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; JUNIOR, José Patrício Bispo. **Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental**. CSP Cadernos de Saúde Pública, 2020.

SANTOS, Heloísa Souza dos; MEDEIROS, André Aparecido. **Migração e Acesso aos Serviços de Saúde: a necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos humanos**. Disponível em <https://www.inscricoes.fmb.unesp.br/upload/trabalhos/20177311134.pdf> . Acesso em 23 de março de 2025.

SAYAD, Abdelmalek. **A Imigração ou os paradoxos da alteridade**. São Paulo: Edusp, 1998.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23ª edição - 2ª reimpressão. São Paulo, Cortez, 2007.

SETUBAL, Aglair Alencar. Desafios à pesquisa no Serviço Social: da formação acadêmica à prática profissional. **Rev. Katálisis**.UFSC. Florianópolis v. 10 n. esp., p. 64-72, 2007.

SILVA, Ligia Maria Vieira da; FILHO., Naomar de Almeida. **Equidade em Saúde: uma análise crítica de conceitos**. Caderno Saúde Pública. 2009.Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/5pkCJ3ww8K6YP4nrZrZJHvk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 01 abr. 2025

SODRÉ, Edyleno Italo Santos; LIMA, Mario Jorge Philocreon de Castro. A Nova Lei de Migração e os Tratados Internacionais de Direitos Humanos das Américas como meios de Proteção da Dignidade Humana de Migrantes no Brasil .Rev. FDUFBA, 2021.**REVISTA**

SOUSA, Aione Maria da Costa. **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos**. Katálisis, vol. 17, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/xTDBxFXJfdS6gzzbKGg6qYP/#>. Acesso em 16 mar de 2025.

SOUZA. José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho. **Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer**. Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396 - 1416, jul. - dez. 2020.

TOLEDO. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Disponível em [https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/paginabasica-2022-08/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_2022-2025\\_2\\_.doc.pdf](https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/paginabasica-2022-08/plano_municipal_de_saude_2022-2025_2_.doc.pdf). Acesso em 15 fev. 2025.

TOLEDO. Lei municipal nº 2.279 de 2019. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde**. 2019. Disponível em: [https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/paginabasica-2023-07/regimento\\_interno\\_do\\_conselho\\_municipal\\_de\\_saude\\_de\\_toledo\\_compilado\\_com\\_a\\_lei\\_n\\_o\\_2.279\\_de\\_26.02.2019.pdf](https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/paginabasica-2023-07/regimento_interno_do_conselho_municipal_de_saude_de_toledo_compilado_com_a_lei_n_o_2.279_de_26.02.2019.pdf). Acesso em 15 fev. 2025

UEBEL Roberto R. G. **Aspectos Gerais da dinâmica imigratória no Brasil no século XXI**. Disponível em: <https://journals.openedition.org/confins/11905>. Acesso em 25 jul 2022.

UEBEL, Roberto Rodolfo Georg. **Política externa migratória brasileira: das migrações de perspectiva à hiperdinamização das migrações durante os governos Lula da Silva e Dilma Rousseff**. 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/188410/001086925.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 24 jul 2022.

UEBEL, Roberto Rodolfo Georg Uebel; BRIGIDO, Eveline Viera; RIBEIRO, Vitor Eduardo Alessandri. **Evolução da governança migratória no Brasil: desafio teóricos, mudanças normativas e ecos sociais de sentimentos xenofóbicos**. Campinas: Ideias, 2020, v.11, p. 1-30.

VENDRAMINI, Célia Regina. **A categoria migração na perspectiva do materialismo histórico dialético**. Florianópolis: Revista Katalysis, 2018, v. 21, n.2, p.239-260.

WERMUTH. Maiquel Angelo Dezordi. **As políticas migratórias brasileiras do século XIX ao século XXI: uma leitura biopolítica do movimento pendular entre democracia e autoritarismo**. Rio de Janeiro: Revista Direito e Práxis, 2020, v.11, n.4, p. 2330-2358

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil**. Psicologia em revista, 2008, 14(1),131-150.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ -  
UNIOESTE



## **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR MIGRANTE INTERNACIONAL NO  
MUNICÍPIO DE TOLEDO-

PARANÁ **Pesquisador:** JOICENI MOREIRA

GIARETTA **Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 79853524.8.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.953.807

**Apresentação do Projeto:**

Saneamento de pendências da pesquisa:

Título da Pesquisa: A SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR MIGRANTE INTERNACIONAL NO MUNICÍPIO DE TOLEDO-PARANÁ

Pesquisador Responsável: JOICENI MOREIRA GIARETTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 79853524.8.0000.0107

Submetido em: 06/07/2024

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Localização atual da Versão do Projeto: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE Patrocinador

Principal: Financiamento Próprio

**Objetivo da Pesquisa:**

Vide descrição anteriormente apresentada.

Página 01 de

Continuação do Parecer: 6.953.807

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Vide descrição anteriormente apresentada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Vide descrição anteriormente apresentada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide descrição anteriormente apresentada.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A ciência da Instituição coparticipante foi adequadamente apresentada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Inicia-se o prazo de 30 dias para o saneamento das pendências ou interpor Recurso do resultado decisório junto ao CEP Unioeste.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                                            | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                          | Situação |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2341458.pdf | 06/07/2024<br>09:45:17 |                                | Aceito   |
| Outros                                                    | servicos.pdf                                  | 06/07/2024<br>09:44:26 | JOICENI<br>MOREIRA<br>GIARETTA | Aceito   |
| Outros                                                    | Concordancia.pdf                              | 06/07/2024<br>09:42:28 | JOICENI<br>MOREIRA<br>GIARETTA | Aceito   |
| Outros                                                    | autorizacao.pdf                               | 06/07/2024<br>09:41:52 | JOICENI<br>MOREIRA<br>GIARETTA | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | termotcle.pdf                                 | 16/05/2024<br>23:37:43 | JOICENI<br>MOREIRA<br>GIARETTA | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | projetopesquisa.pdf                           | 10/05/2024<br>19:11:05 | JOICENI<br>MOREIRA<br>GIARETTA | Aceito   |
| Outros                                                    | apendiceb.pdf                                 | 10/05/2024<br>19:09:10 | JOICENI<br>MOREIRA<br>GIARETTA | Aceito   |
| Outros                                                    | apendicea.pdf                                 | 10/05/2024<br>19:08:41 | JOICENI<br>MOREIRA<br>GIARETTA | Aceito   |
| Outros                                                    | Anexob.pdf                                    | 10/05/2024             | JOICENI<br>MOREIRA             | Aceito   |

Página 02 de

Continuação do Parecer: 6.953.807

|        |            |                        |                    |        |
|--------|------------|------------------------|--------------------|--------|
| Outros | Anexob.pdf | 19:06:38               | GIARETTA           | Aceito |
| Outros | anexoa.pdf | 10/05/2024<br>19:06:05 | JOICENI<br>MOREIRA | Aceito |

|                                                           |               |                        |                                |        |
|-----------------------------------------------------------|---------------|------------------------|--------------------------------|--------|
|                                                           |               |                        | GIARETTA                       |        |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | apendicec.pdf | 10/05/2024<br>19:05:33 | JOICENI<br>MOREIRA<br>GIARETTA | Aceito |
| Folha de Rosto                                            | folha.pdf     | 10/05/2024<br>19:01:26 | JOICENI<br>MOREIRA<br>GIARETTA | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CASCAVEL, 17 de Julho de 2024

---

**Assinado por:**  
**Dartel Ferrari de Lima**  
**(Coordenador(a))**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE</b><br><br><b>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL</b><br><br><b>PESQUISADOR/A RESPONSÁVEL: Joiceni Moreira Giaretta</b><br><br><b>OBJETIVO GERAL DA PESQUISA:</b> Analisar o acesso aos serviços de saúde mental da população migrante no município de Toledo.<br><br><b>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS:</b> Entrevista semiestruturada<br><br><b>SUJEITOS DA PESQUISA:</b> Coordenadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) |                                       |
| <b>DATA DA ENTREVISTA:</b><br>____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>CÓDIGO DA ENTREVISTA:</b><br>_____ |

### QUESTÕES NORTEADORAS:

- 1) Há quanto tempo iniciou as atividades deste CAPS e há quanto tempo você trabalha nesse local?
- 2) Qual sua formação acadêmica?
- 3) Esse CAPS já realizou atendimento a algum migrante internacional?
- 4) A partir de quando vocês começaram a atender?
- 5) Você pode identificar quais as nacionalidades dos usuários que já atenderam? Há alguma demanda maior para alguma nacionalidade específica?
- 6) Você tem essa informação registrada em algum lugar?
- 7) Com relação a Política de Saúde Mental do município. Como que ela se estrutura?
- 8) Como é realizada a referência e a contrarreferência?
- 9) Com relação a acessibilidade da população migrante ao atendimento, há algum protocolo específico, procedimento ou encaminhamento diferenciado?

- 10) Quais os principais dificuldade e desafios? O que você sugere para melhorar o atendimento a população migrante?

### **APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **Título do Projeto: A SAÚDE MENTAL DO MIGRANTE INTERNACIONAL NO MUNICÍPIO DE TOLEDO-PARANÁ**

CAEE nº 79853524.8.0000.0107

Pesquisador responsável: Joiceni Moreira Giaretta

Gostaríamos de manifestar interesse na sua participação no presente projeto de pesquisa que tem como objetivo investigar de que forma se organiza e funciona o atendimento ao migrante internacional na saúde mental do município de Toledo, através dos atendimentos realizados pelos CAPS. Dessa forma, na presente etapa de pesquisa, objetivamos realizar uma entrevista semiestruturada da qual você está sendo convidada (o) a compartilhar suas experiências e perspectivas sobre esse processo.

A participação na pesquisa não é obrigatória, a partir de participação voluntaria não existirá prejuízo ou dano caso a (o) participante decida desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa. Não há nenhuma previsão de pagamento pela sua participação e não existirá nenhum custo no que se refere aos procedimentos metodológicos para o participante, mas ressaltamos a importância da investigação, do florescer do debate no âmbito da categoria da saúde mental e migração internacional no Brasil e de como a investigação da realidade pode abrir os caminhos para transformá-la.

Conforme a Resolução nº 510 de 2016 do Ministério da Saúde, asseguramos o direito a confidencialidade dos dados coletados através da entrevista que somente serão utilizados para fins científicos de forma que sua privacidade seja preservada. Caso haja algum constrangimento, desconforto ou cansaço, a pesquisadora envolvida deseja ouvir e entender o que o participante se dispõe a compartilhar ou não e de que forma poderia se tornar mais confortável.

Caso precise de mais informações, poderá entrar em contato com a pesquisadora para esclarecimentos, a pesquisa será disponibilizada para as (os) participante após a finalização da dissertação.

O presente termo será entregue em duas vias, uma ficará com a (o) participante, e a outra com a pesquisadora.

Caso você precise informar algum fato decorrente de sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar a pesquisadora, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Unioeste (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário das 8:00 às 15h30min, na Reitoria da Unioeste, sala do Comitê de ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel-PR. Caso prefira, você pode entrar em contato pelo e-mail [cep.prppg@unioeste.br](mailto:cep.prppg@unioeste.br) ou pelo telefone (45) 3220-3092.

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

Toledo – PR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Nome do sujeito da pesquisa/ou responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu Joiceni Moreira Giaretta, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante da pesquisa.

---

Pesquisador/a Responsável

Fone: (45) 99973-1306