



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA E CIÊNCIA POLÍTICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Atina Natine Schipitoski Esteves

**O acolhimento de migrantes em Centros de Saúde na
cidade de Florianópolis-SC**

Florianópolis

2023

Atina Natine Schipitoski Esteves

**O acolhimento de migrantes em Centros de Saúde na
cidade de Florianópolis-SC**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Ciências Sociais do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de bacharela em Ciências Sociais
Orientadora: Prof. Dra Márcia Grisotti
Coorientador: Prof. Dr. Daniel Granada da Silva Ferreira

Florianópolis

2023

Esteves, Atina Natine Schipitoski

O acolhimento de migrantes em Centros de Saúde na cidade de Florianópolis-SC / Atina Natine Schipitoski Esteves ; orientadora, Márcia Grisotti, coorientador, Daniel Granada, 2023.

59 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Graduação em Ciências Sociais, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

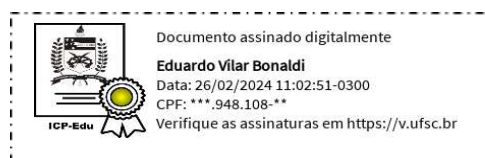
1. Ciências Sociais. 2. Migração. 3. Saúde. 4. Florianópolis. I. Grisotti, Márcia. II. Granada, Daniel. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Ciências Sociais. IV. Título.

Atina Natine Schipitoski Esteves

O acolhimento de migrantes em Centros de Saúde na cidade de Florianópolis-SC

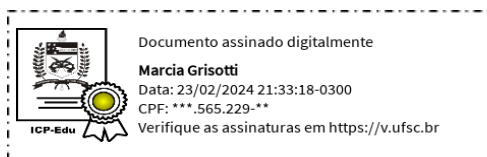
Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de bacharela e aprovado em sua forma final pelo Curso de Ciências Sociais

Florianópolis, 13 de dezembro de 2023.

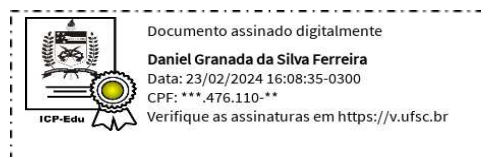


Coordenação do Curso de Ciências Sociais

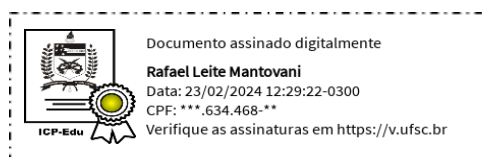
Banca examinadora



Prof^ª Dr^ª Márcia Grisotti
Orientadora - UFSC



Prof. Dr. Daniel Granada
Coorientador - UFSC



Prof. Dr. Rafael Mantovani
Avaliador - UFSC



Prof. Dr. Cássio Silveira

Avaliador - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Florianópolis, 2023

Dedico a meu saudoso pai e minha brilhante mãe por sempre me apoiarem e incentivarem a estudar e explorar o mundo.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina e à Universidade Federal da Fronteira Sul por serem as instituições que me acolheram e me proporcionaram oportunidades.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pois meu sonho só é possível graças ao financiamento que recebo desde a minha primeira bolsa em 2015.

Às professoras e professores que me ajudaram no meu crescimento acadêmico e científico. Prof^ª Dr^ª Miriam Pillar Grossi por ser a primeira a me acolher em um núcleo e em uma pesquisa dentro da UFSC. Prof. Dr. Rafael Mantovani por me mostrar, orientar e acompanhar meus estudos sobre o Brasil. Prof.^a Dr.^a Márcia Grisotti por me aceitar como orientanda sem nem me conhecer e por me apresentar ao Prof. Dr. Daniel Granada, meu orientador que me abriu portas para muitas oportunidades, inclusive para essa pesquisa e por sempre acreditar no meu potencial como pesquisadora.

Ao núcleo nacional da pesquisa “Acesso à saúde e vulnerabilidades de migrantes internacionais no contexto de disseminação da COVID-19”, especialmente à Prof^ª Dr^ª Denise Martin (Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo UNIFESP) por acreditar em mim como parte desse projeto.

Aos meus amigos de Florianópolis, que foram a minha base durante a minha trajetória na universidade: Juliana, Giuliana, João, Pietra, Lísia e minha companheira de final de curso, Laura. É uma honra para mim poder tê-los ao meu lado todos os dias. Eu não estaria tão realizada se não fossem vocês.

Às minhas companheiras da Antropologia que conheci no Núcleo de Gênero, Identidade e Subjetividades, Vitória e Priscila. Vocês me ensinaram muito sobre pesquisa e companheirismo.

Aos meus amigos de Guarapuava: Fernanda, Guilherme, Beatriz, Wilson, Danielly. Vocês me apoiaram quando decidi me mudar para realizar meu sonho e sou muito feliz por poder dividir meus dias com vocês quando estou em casa.

Ao meu companheiro Mateus que esteve comigo em todos os bons e maus momentos me apoiando, sou muito feliz por ter você ao meu lado, sem você eu não teria conseguido. Sou também muito grata a você por me mostrar uma nova família, João, Igor, Maria, Elias, Ana, Leda e Eugênio, vocês também são muito importantes para mim.

Aos meus irmãos Vanessa, Ricardo, Amanda e José que sempre depositaram muita esperança em mim. Vocês foram os primeiros a me ensinar sobre a vida, companheirismo e amor, e que, independentemente de qualquer coisa, sempre estaremos juntos. Sou também grata pelos presentes que vocês me deram, minhas sobrinhas Eduarda e Eloísa, que eu sempre

busco ensinar e acolher da melhor maneira que consigo. Pretendo fazer a mesma coisa com meu novo sobrinho Murilo, seja bem-vindo à família.

À minha mãe Sônia por ser a primeira a acreditar em mim. Você é minha maior referência de força, determinação, resistência, inteligência e sabedoria. Tudo que eu faço é por você, pois eu sou eternamente grata pelo apoio que você sempre me deu para realizar meu sonho, sejam quais forem. Te amo. Por fim, obrigada Nilson, por ser um padrasto que apoia tudo que eu faço, que sempre me acolhe e por ser um bom companheiro para minha mãe, ela merece.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo entender e explorar como os migrantes são acolhidos pelos centros de saúde na cidade de Florianópolis, visto que a cidade é atualmente marcada por novos fluxos migratórios. Para isso foram realizadas três entrevistas com quatro profissionais da saúde de três unidades básicas de saúde do município. Uma vez que a cidade se destaca por ser uma das poucas do país com legislação específica e centro de acolhimento especializado para população migrante, o trabalho procura verificar se essa preocupação se espelha nos atendimentos de saúde. A análise é realizada a partir de abordagens e estudos sobre migração, saúde e implementação de políticas públicas de saúde. Também explora como a construção histórica, econômica e cultural de Florianópolis influencia no acolhimento da população que migra. Por fim, o trabalho encontra três formas de migração no município e conclui que esse é um fenômeno que está provocando mudanças na cidade.

Palavras-chave: Migração; Saúde; Florianópolis.

ABSTRACT

The present study aims to understand and explore how migrants are welcomed by Health Centers in the city of Florianópolis, given that the city is currently marked by new migratory flows. To this end, three interviews were conducted with four healthcare professionals from three primary health units in the municipality. Since the city stands out as one of the few in the country with specific legislation and a specialized reception center for the migrant population, the study seeks to verify if this concern is reflected in healthcare services. The analysis is carried out based on approaches and studies on migration, health, and the implementation of public health policies. It also explores how the historical, economic, and cultural construction of Florianópolis influences the reception of the migrating population. Finally, the study identifies three forms of migration in the municipality and concludes that this is a phenomenon that is causing changes in the city.

Keywords: Migration; Health; Florianópolis.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados sociodemográficos dos entrevistados.....	16
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AISC - Associação dos Imigrantes de Santa Catarina

APS - Atenção Primária à Saúde

AVSI - Associação Voluntários pelo Serviço Internacional Brasil

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

GAIRF - Grupo de Apoio a Imigrantes e Refugiados

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICOM - Instituto Comunitário Grande Florianópolis

IDHM - Índice de desenvolvimento humano municipal

NOB-SUS - Normas Operacionais

RNM - Registro Nacional Migratório

OPIR - Organização Pelos Imigrantes e Refugiados

OSCs - Organizações da Sociedade Civil

SJMR - Serviço Jesuíta a Migrantes e Refugiados de Florianópolis

SUS - Sistema Único de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 CONTEXTO DA PESQUISA	14
1.2 ESTRUTURA DO TRABALHO	18
2. TERRITÓRIO E MIGRAÇÃO	19
2.1 MIGRAÇÃO E CIDADES	19
2.2 MIGRAÇÃO, TERRITÓRIO E SAÚDE	24
2.2.1 Migração e saúde	24
2.2.2 Saúde no Brasil: territorialização e acolhimento	26
2.3 MIGRAÇÃO, TERRITÓRIO E SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM FLORIANÓPOLIS	30
3. AGENTES DE SAÚDE: QUEM SÃO E QUAIS SÃO SUAS NARRATIVAS	37
3.1 AGENTES DE SAÚDE COMO BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA	38
3.2 TÓPICOS ABORDADOS E ANÁLISES	40
3.2.1 Barreiras culturais	40
3.2.2 Formação e desdobramento dos agentes de saúde	43
3.2.3 Pandemia e a população de migrantes	45
3.2.4 Especificidades dos Centros de Saúde	46
CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS	53
ANEXO A - Questionário	55

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), previsto pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), é uma rede que tem representações nacionais, estaduais e municipais. Presta atenção primária, de média e alta complexidades, serviços de urgência e emergência, farmacêuticos e dá suporte a questões de saúde pública como vigilância sanitária e ambiental. É regido pelos princípios da universalização, equidade e integralidade e pelas diretrizes de descentralização, regionalização e participação popular.

Por sua vez, a imigração é um fenômeno antigo que fundou e modificou a experiência humana e a criação de países e nacionalidades. Ao mesmo tempo, nunca deixou de ser um fenômeno contemporâneo. É um direito humano que implica em diversas questões, sejam elas econômicas, culturais, raciais. Ou seja, é um fenômeno social importante e que sempre está ganhando novas significações. No Brasil, a lei 13.445/2017 regulamenta o processo migratório e garante para essa população o direito à vida digna que inclui acesso equânime à saúde e empregos dignos.

A combinação desses dois fenômenos também não é algo novo. No Brasil, as relações entre migrações e processos de saúde e adoecimento têm sido registradas desde pelo menos o século XIX, período em que se propagavam ideias do evolucionismo e determinismo social em relação à população negra que, além de ter sido em parte trazida à força pelo projeto escravista, também era vista como inferior e portadora de doenças. Desse pensamento surgiu o projeto de “branqueamento” que pensava a miscigenação não mais como uma ameaça, mas como uma “salvação” para a população branca, vista como superior, resultando em um intenso fluxo migratório de, sobretudo, portugueses, italianos e espanhóis. (GRANADA et al. 2017).

Santa Catarina, especificamente, foi historicamente construída por meio de diferentes processos migratórios de açorianos, alemães, italianos, entre outros, e estas dinâmicas populacionais não ficaram relegadas ao passado. De acordo com o Relatório de Impacto Social de 2022 do Instituto Comunitário Grande Florianópolis (ICOM), em 2021, Santa Catarina foi o quinto estado do país em número de pedidos por Registro Nacional Migratório (RNM), sendo responsável por um percentual de 9,19% em relação ao total do país.

Dessa maneira, mesmo sendo uma relação historicamente presente no contexto brasileiro e catarinense, esse fenômeno vem ganhando novas formas com novos fluxos migratórios. O presente trabalho irá focar na extensão municipal do SUS na cidade de Florianópolis, uma das únicas cidades do país que possui uma recente lei específica que

dispõe princípios, diretrizes e ações prioritárias para garantir para essa população o direito a todos os serviços públicos e um centro especializado que reinaugurou no ano de 2023. Isso porque a cidade, após 2010, recebeu um fluxo de migrantes vindos do Haiti e, em 2020, recebeu um novo fluxo migratório de pessoas vindas da Venezuela, fazendo uso da estratégia de interiorização.

De acordo com Relatório de Impacto Social de 2022 do ICOM, em 2021, as nacionalidades que mais pediram RNM em Florianópolis foram venezuelanos (43,36%), argentinos (15,08), haitianos (11,57%), cubanos (6%) e russos (5,4). A maioria das nacionalidades segue um padrão semelhante em relação ao resto do estado. A única diferença é a presença de pessoas vindas da Rússia, que são mais significativas percentualmente em Florianópolis. Com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, o ICOM também mostrou que, em 2021, a cidade tinha uma população de 3.564 imigrantes.

O que a pesquisa qualitativa mostra é o que está além dos números oficiais e das legislações. A análise aqui feita é inteiramente atravessada pelo estudo da relação que possui, de um lado, migrantes e cidades, e do outro, Florianópolis, uma cidade que é quase inteiramente uma ilha, é caracterizada como um local de belas praias e muita segurança. Ao mesmo tempo em que possui um histórico de expulsão de populações excluídas para o sucesso de uma urbanização capitalista e elitista.

Dessa maneira, o trabalho aqui apresentado identificou que o município possui formas heterogêneas de migração. Por meio do relato das agentes de saúde foram percebidas três formas: uma que inclui questões laborais, na maioria das vezes trabalhos de baixa remuneração, encontrada principalmente na parte continental da cidade. Outra de migração sazonal, chamada pela interlocutora de “turismo de vacinação”, fenômeno observado no Centro de Saúde Ingleses, no qual alguns turistas vindos de países onde a vacinação é paga vêm para Florianópolis para passar as férias e utilizam o sistema público para a vacinação gratuita. Outra forma, também de migração sazonal, envolve casais que buscam passar o período gestacional na cidade: os centros de saúde próximos às praias relatam mulheres vindas da Rússia que procuram atendimento obstétrico e que não aparecem mais depois do nascimento da criança.

A pesquisa aqui feita, portanto, é um estudo sociológico o qual utilizou entrevistas com quatro agentes de três unidades básicas de saúde, pensando nesses atores como parte da implementação das políticas públicas de saúde e como o resultado do “fazer rotineiro” que procura colocar em prática a base legal. Esses agentes de saúde são representados, neste

trabalho, como burocratas a nível de rua que contam, por meio de suas narrativas, como de fato acontece o acolhimento de migrantes nos Centros de Saúde na cidade de Florianópolis.

1.1 CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa aqui apresentada é vinculada à Iniciação Científica, processo 106539/2023-0, que realizou desde abril de 2023, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A pesquisa possui como título “Questões de Saúde e proteção social de imigrantes e refugiados em Florianópolis, Santa Catarina” e é orientada por Denise Martin Coviello, professora associada da UNIFESP no Departamento de Medicina Preventiva e Daniel Granada da Silva Ferreira, professor adjunto do Centro de Ciências Rurais da UFSC, Campus Curitibanos e docente colaborador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFSC.

Essa pesquisa de Iniciação Científica, por sua vez, é um subprojeto que está inserido no projeto “Acesso à saúde e vulnerabilidades de migrantes internacionais no contexto de disseminação da COVID-19”, uma pesquisa qualitativa, multicêntrica, multissituada que conta com uma rede de pesquisadores de vários estados do país e com consultores internacionais. O projeto inicialmente foi idealizado pelo professor Daniel Granada (UFSC) e pela professora Regina Yoshie Matsue (UNIFESP) para ser uma pesquisa que relacionasse migração, saúde e a pandemia da COVID-19 em diferentes estados. Dessa maneira, foram convidados diversos outros pesquisadores, o que resultou na participação e criação de núcleos de trabalho em seis estados do norte ao sul do país, sendo eles: São Paulo, Minas Gerais, Amazonas, Paraná, Santa Catarina e Mato Grosso (Coviello, Silveira, 2023).

Este trabalho justifica-se pelo levantamento bibliográfico que relaciona a migração e saúde, que indica que migrantes e refugiados enfrentam problemas de acesso ao Sistema Único de Saúde do país por conta de barreiras culturais ou linguísticas, racismo, xenofobia e preconceitos. Ao mesmo tempo, a investigação parte do pressuposto, apresentado em outras pesquisas, de que a pandemia de COVID-19 foi um fator ainda mais desfavorável para a saúde dos que migram (Coviello, Silveira, 2023).

A pesquisa foi então formulada pensando que essas experiências de adoecimento são heterogêneas, por conta de diversos fatores como território de origem, trajetórias e a estrutura de acolhimento encontrada na região de destino. A pesquisa parte do pressuposto teórico de que migrantes internacionais não devem ser considerados grupos homogêneos, a partir da nacionalidade, sendo assim, se torna essencial entrevistar e investigar diversos migrantes em

várias regiões do país (Coviello, Silveira, 2023).

Entre os objetivos da pesquisa geral, esse subprojeto se insere no: “Identificar as problemáticas relacionadas ao acesso à saúde e proteção social dos migrantes internacionais e refugiados” (Coviello, Silveira, 2023, p. 9) e no objetivo específico: “Investigar como ocorre o acesso aos serviços de saúde pela população migrante e refugiados” (Coviello, Silveira, 2023, p. 10). Isso acontece em decorrência do momento da pesquisa geral, em que esse subprojeto se encaixa.

As pesquisas iniciaram em 2021 e foram divididas em duas principais etapas de entrevistas. A primeira etapa foi composta por entrevistas com migrantes internacionais, enquanto a segunda parte consistiu em entrevistas com o grupo denominado “Outros atores”. Foi dada liberdade aos núcleos de cada estado para decidir qual grupo seria mais importante entrevistar, de acordo com o contexto regional de acolhimento dos migrantes (Coviello, Silveira, 2023, p. 9). Em Florianópolis, foram escolhidos agentes de saúde de diferentes centros.

Por conta do contexto em que esse subprojeto está inserido, a pesquisa geral e os questionários foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com auxílio da Plataforma Brasil, gerando assim o Parecer n. 5.410.799 que autoriza que a pesquisa e as entrevistas sejam feitas. Em Florianópolis, a pesquisa foi avaliada e autorizada pela comissão de pesquisa da Escola de Saúde Pública de Florianópolis. Entre um universo de 49 unidades de Atenção Primária à Saúde (Florianópolis, 2021), as unidades escolhidas foram as que estão localizadas nos bairros com as maiores quantidades de cadastros de migrantes no sistema de saúde.

De acordo com os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde em 2022 e divulgados pelo Instituto Comunitário Grande Florianópolis – ICOM (2022), o bairro com o maior número de cadastros é Capoeiras, atendido pelo Centro de Saúde Novo Continente, com 514 cadastros. Em segundo lugar, está a unidade do Centro, com 412 cadastros; em terceiro lugar, o bairro dos Ingleses, atendido pelo Centro de Saúde Ingleses, com 296 cadastros; e em quarto lugar, o bairro de Canasvieiras, atendido pelo Centro de Saúde Canasvieiras, com 221 cadastros. Após a seleção desses locais, foi enviada uma solicitação de entrevista para as unidades, buscando agentes que tenham trabalhado com migrantes durante a COVID-19 ou os coordenadores. O quadro final de entrevistados obtido foi o seguinte:

Quadro 1 - Dados sociodemográficos dos entrevistados

Nome	Idade	Gênero	Raça/Etnia*	Religião	Escolaridade	Formação /ocupação	Instituição
Entrevistado 1**	37	Masculino	Branca	Católica	Graduação em Odontologia	Cargo de gestão	Centro de Saúde Canasvieiras
Entrevistada 2	52	Feminino	Branca	Católica	Graduação em Enfermagem	Cargo de gestão	Centro de Saúde Ingleses
Entrevistada 3	46	Feminino	Morena	Espiritualista	Especialização em Estética e cursando Técnico ACS	Agente Comunitária de Saúde (ACS)	Centro de Saúde Novo Continente
Entrevistada 4***	--	Feminino	Branca	--	Magistério e cursando Técnico ACS	Agente Comunitária de Saúde (ACS)	Centro de Saúde Novo Continente

Fonte: Elaborado pela autora

Legenda: *Autodeclaração do(a) entrevistado(a); **Uma enfermeira e uma residente estavam na sala no momento da entrevista e fizeram algumas colocações, para fins dessa pesquisa serão chamadas de entrevistada 1.1 e entrevistada 1.2 *** Entrevistada chegou depois e foi entrevistada junto com a entrevistada 3, portanto algumas perguntas não foram possíveis de serem realizadas

As entrevistas foram idealizadas pensando em um formato parcialmente-estruturado, ou seja, guiadas por um questionário pré-formulado, com perguntas e temas a serem seguidos. Trata-se de uma estrutura que permite plena liberdade quanto a ordem, presença ou ausência de perguntas e temas (Laville, Dionne, 1999, p. 188). As perguntas foram idealizadas para serem utilizadas por todos os núcleos regionais, para que houvesse uma padronização das informações coletadas (Coviello, Silveira, 2023, p. 23). Porém, por ter seu formato parcialmente-estruturado, ainda é possível uma liberdade na coleta de dados, respeitando a narrativa de cada um dos interlocutores.

Foram confeccionados quatro roteiros de entrevistas, um para ser realizado com os migrantes internacionais e outros três para os diferentes tipos de “Outros atores”. Somente o roteiro destinado aos agentes de saúde (ANEXO A) foi utilizado nas entrevistas realizadas pelo núcleo de Santa Catarina – Florianópolis. As perguntas foram idealizadas pelo grupo inicial do projeto, passaram pelo Comitê de Ética e foram então alteradas até chegarem a uma versão final. Para uma maior padronização, também foi criado um guia de entrevistas, o qual foi seguido para fazer as entrevistas que estão sendo aqui analisadas (Coviello, Silveira, 2023, p. 25). As duas primeiras entrevistas foram acompanhadas por um dos idealizadores do projeto, Daniel Granada, que ajudou a conduzir a entrevista para os temas que o roteiro previa, ao mesmo tempo que também explorou as narrativas que os interlocutores contavam.

Portanto, as entrevistas realizadas neste trabalho foram feitas a partir de um roteiro que não foi feito pela autora, mas que permitiu mais liberdade na condução da entrevista. Cada entrevista tratou dos mesmos assuntos, dos mesmos tópicos, porém, de maneiras diferentes, por tratar-se de regiões e atores distintos. A análise dos dados coletados foi realizada pelo método proposto por Richardson *et al* (2012), no qual a transcrição é estudada segundo a forma e o fundo. Na análise da forma é observado símbolos empregados, palavras e temas, e a frequência com a qual eles aparecem. Por sua vez, a análise de fundo foca nas referências, tendências das categorias, que implicam desdobrar e interpretar as categorias separadas (2012, p. 86).

Dessa maneira, no decorrer do trabalho, as entrevistas foram analisadas nesses diversos recortes visando à compreensão do contexto e das narrativas a partir de diversas abstrações sociológicas. As narrativas foram interpretadas a partir de uma fundamentação teórica, e não de pré-noções e opiniões primeiras, fazendo assim uma ruptura epistemológica com o senso comum, a partir de técnicas de objetivação, seguindo uma forma de fazer Sociologia e interpretar fenômenos sociais a partir da fundamentação proposta por Bourdieu, Chamboredon e Passeron (2010).

As entrevistas foram divididas em categorias, permitindo a comparação e o destaque das similaridades e especificidades de cada unidade. Assim sendo, um quadro comum foi traçado, ao mesmo tempo em que as particularidades de cada centro de saúde eram demonstradas, para que fosse possível, por fim, compreender por completo o que as entrevistas poderiam dizer sobre o fenômeno aqui analisado.

Vale ressaltar que o projeto geral possui como um de seus recortes principais a pandemia de COVID-19. No subprojeto aqui desenvolvido não há esse recorte temporal, visto que as entrevistas proporcionaram muitas outras informações além daquelas referente ao período, todavia, a pandemia é trabalhada como uma das categorias analisadas. Dentro dessa pesquisa multicêntrica, multissituada, interestadual e interinstitucional, pretendo, com esse trabalho de conclusão de curso, fazer uma pequena contribuição de coleta e análise sobre como os migrantes internacionais são acolhidos pelo sistema de saúde pública de Florianópolis, por meio das narrativas dos agentes de saúde.

1.2 ESTRUTURA DO TRABALHO

O capítulo 2 “Território e migração” é dividido em três subcapítulos. O subcapítulo 2.1 “Migração e cidades” mostra a estrutura teórica e metodológica na qual o trabalho se baseia. Explora os trabalhos das autoras Nina Glick Schiller e Ayse Çaglar que discorrem sobre a

relação entre migrantes e cidades, mostrando que é preciso entender os migrantes como agentes que reconstituem realidades urbanas.

O subcapítulo 2.2, “Migração, território e saúde”, em um primeiro momento, no trecho 2.2.1 “Migração e saúde”, examina em um sentido mais amplo como o fenômeno da migração e da saúde se entrelaçam, mostrando que essa é uma relação que está sendo atualmente explorada em um nível nacional e internacional. Já no item 2.2.2 “Saúde no Brasil” é exibida a análise de Gustavo Corrêa Matta (2007) sobre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e posteriormente é focada a territorialização da saúde.

Em seguida, o subcapítulo 2.3 “Migração, território e saúde: um estudo de caso em Florianópolis” junta tudo o que havia sido exposto para explorar como o fenômeno da migração e da saúde se relacionam quando inseridos no contexto histórico, político e social da cidade de Florianópolis.

Já o capítulo 3, “Agentes de saúde: quem são e quais são suas narrativas”, foca o estudo nos profissionais de saúde da cidade e na sua atuação nos centros de saúde. Isso por meio da perspectiva teórica abordada no item 3.1 “Agentes de saúde como burocratas de nível de rua”, a qual pensa nesses profissionais como “burocratas de nível de rua” termo do autor Michael Lipsky (2019) que é melhor estudado no Brasil pela autora Gabriela Lotta.

Por fim, no subcapítulo 3.2 “Tópicos e análises”, são analisadas e exploradas as entrevistas realizadas com as profissionais de saúde, relacionando as narrativas com toda a bibliografia proposta. As entrevistas foram separadas em tópicos, sendo eles “Barreiras culturais”, “Formação dos agentes de saúde” e “Pandemia e a população de migrantes” (que analisa as similaridades dos centros de saúde em relação a esses assuntos) e o tópico “Especificidades dos centros de saúde” que foca nas particularidades de cada unidade.

2. TERRITÓRIO E MIGRAÇÃO

O caminho teórico escolhido para o trabalho coloca como uma de suas principais categorias de análise o conceito de território devido ao fato de que o objetivo aqui é entender as especificidades que Florianópolis possui em relação a outras cidades que também estão sendo analisadas pelos outros núcleos. Dessa maneira, como o conceito de território consegue se articular para explicar e dialogar com outros conceitos como o da migração e do acolhimento no campo da saúde, ele foi escolhido para nortear a escrita.

2.1 MIGRAÇÃO E CIDADES

Nos estudos de migração, espaço e território são dois elementos que podem ser fundamentais para entender as especificidades desse fenômeno e como ele acontece em cada região. O fenômeno da migração não é exclusivo de nenhuma região, mas ele se particulariza em cada local. Cada território é um espaço singularizado que é produzido socialmente, pois é resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais. (Gondim *et al*, 2008).

Partindo dessa ideia de território, com um maior foco nas cidades, Schiller e Çaglar (2011) fazem uma análise da integração de imigrantes em *downscaled cities*, pois acreditam que as pesquisas sobre migração têm falhado nos estudos da relação entre cidades e imigrantes. Revelam que não há muitos estudos sobre como diferentes posições de cidades nas hierarquias globais podem interferir na incorporação dos que migram. O objetivo das autoras é, portanto, mostrar como questões históricas, políticas, econômicas e culturais de uma cidade interferem em como ela se relaciona com povos que migram.

Schiller e Çaglar (2011) realizam uma investigação dos possíveis caminhos de integração, considerando-a um processo de construção de relações, sejam elas sociais, religiosas, políticas ou econômicas. Incorporação é pensada em um nível de acolhimento por parte das instituições situadas em múltiplas escalas, considerando diversos níveis e formas de governança. O termo “caminho” é utilizado no plural, pois a abordagem também parte da ideia de que não há uma única forma organizacional para a incorporação dos imigrantes, os caminhos são múltiplos e simultâneos.

Entretanto, as autoras se propõem a estudar toda essa relação de integração dos imigrantes em cidades chamadas de *downscaled cities*, cidades em “escala reduzida”, ou seja, aquelas que estão em desvantagem em termos de inserção nacional e regional nas hierarquias globais, que surgiram por meio de uma reestruturação neoliberal das economias urbanas. Elas utilizam esse recorte pois acreditam que essas cidades possuem caminhos de incorporação étnica mais visíveis, pois a relação entre migração e uma localidade com estruturas de oportunidades limitadas tem suas próprias trajetórias para serem analisadas (Schiller; Çaglar, 2011, p. 191).

Para poder analisar os caminhos de integração de imigrantes nas *downscaled cities*, as autoras utilizam como estudo de caso duas cidades, Manchester na Inglaterra e Halle na Alemanha. Schiller e Çaglar (2011) analisam a história e a política cultural e econômica da região, com objetivo de entender como o rearranjo neoliberal mudou a posição de hierarquia

global dessas cidades. Assim sendo, para realizar o estudo de caso de cada uma das cidades, as autoras levaram em consideração as especificidades: consideraram a história e os movimentos hierárquicos pelos quais as cidades já passaram, seja no âmbito regional, nacional ou global. Também analisam o contexto atual pelos quais as instituições e a comunidade estão passando, para assim entender o acolhimento, que é ou não realizado, e seus motivos.

Nina Glick Schiller e Ayse Çaglar continuam debatendo sobre o processo de migração e suas relações com cidades no livro *Migrants & city-making* (2018). Uma das teses defendidas no texto, anteriormente apresentada e reforçada nesta obra, é que as relações multiescalares e os múltiplos atores, o que inclui os imigrantes, são algo que reconstitui localidades. O objeto de análise das autoras é a relação entre os imigrantes e cidades à medida que essa relação se torna parte de projetos de transformação urbana.

Para a construção do argumento e entendimento do presente trabalho é importante compreender a maneira metodológica de observar o fenômeno da migração e integração nas cidades, utilizado pelas autoras Nina Glick Schiller e Ayse Çaglar (2018). As autoras utilizam uma análise multiescalar que se baseia numa crítica do nacionalismo metodológico e da lente étnica. O nacionalismo metodológico do qual elas se diferenciam é aquele que foca sua análise nos processos sociais e históricos contidos dentro da ideia de Estados-nação individuais. É uma perspectiva que legitima uma ideologia política que pensa nos indivíduos como tendo apenas um país e uma identidade.

Esse nacionalismo metodológico utiliza uma lente étnica que acaba colocando sujeitos, que dividem um mesmo Estado-nação de origem, em um mesmo local, como participantes de uma cultura compartilhada e homogênea. A partir dessa metodologia, os imigrantes não só seriam diferenciados como estrangeiros, mas também colocados enquanto pertencentes de um grupo que partilha uma identidade e cultura pátria comum, o que acaba homogeneizando diferentes pessoas e grupos (Schiller; Çaglar, 2018).

Nina Glick Schiller e Ayse Çaglar (2018) também utilizam o termo *binary of difference* para descrever essa maneira binária de enxergar, pensando em grupos de migrantes ou não migrantes. Isso leva muitos estudiosos da área a abordar todas as pessoas que possuem a mesma origem nacional ou étnico-religiosa como homogêneas, seja em termos culturais ou de valores. Uma das consequências dessa linha de raciocínio é a caracterização de comunidades étnicas como objeto de estudo e unidade de análise na investigação sobre imigração, de modo que homogeneiza, de maneira errônea, os migrantes internacionais como apenas uma comunidade transnacional.

Em oposição a essa maneira de pensar o fenômeno, as autoras focam a análise nas experiências da migração, nas formas de deslocamento, nas barreiras e nos modos de integração. A metodologia utilizada é a de colocar os migrantes e os que se consideram nativos no mesmo quadro analítico (Schiller; Çaglar, 2018). Traduzindo essa visão metodológica para o estudo da integração de imigrantes nas cidades, isso significa que: “Migrantes devem ser abordados como atores sociais que são parte integrante da construção da cidade, já que eles se envolvem na vida diária das cidades por meio de formas diferentes e variadas¹” (Schiller; Çaglar, 2018, p. 5, tradução nossa).

O método de pesquisa e de análise utilizado pelas autoras é o multiescalar, mas descartam um conceito fixo de escala que abranja uma hierarquia fixa de unidades fixas. Em vez disso, focam nos processos sociais. “Utilizamos o termo ‘multiescalar’ como uma forma abreviada de falar sobre esferas socioespaciais de prática que são constituídas em relação umas às outras e dentro de diversas hierarquias de redes de poder²” (Schiller; Çaglar, 2018, p. 8, tradução nossa).

Para poder localizar e pensar nessas esferas sociais, as autoras propõem pensá-las inseridas em campos sociais os quais implicam e são compostos por múltiplas redes que se cruzam. Sendo essas redes, por sua vez, compostas por diversos atores, instituições ou entidades que possuem um poder desigual, seja esse poder a detenção de capital ou então hierárquico dentro de uma organização institucional. Todo indivíduo é parte de um campo social em seu cotidiano, porém, a ênfase aqui proposta é pensar que esse campo é multiescalar, pois os campos são inseridos em instituições de poderes institucionais. “O conceito de campos sociais multiescalares nos permite abordar e compreender aspectos das relações sociais por meio das quais forças sociais mais amplas moldam, restringem e são influenciadas por indivíduos³” (Schiller; Çaglar, 2018, p. 9, tradução nossa). Desse modo, pensar nos campos sociais, pelo viés multiescalar, permite a análise de aspectos de relações sociais como influenciadas e influentes das forças sociais mais amplas.

A forma metodológica de análise proposta por Nina Glick Schiller e Ayse Çaglar e (2018) oferece lentes e ferramentas essenciais para o entendimento do objeto da pesquisa aqui apresentado. Considerando que o objeto de pesquisa é a relação entre os agentes de saúde e migrantes na cidade de Florianópolis, pensar em campos sociais multiescalares acaba se

¹“Migrants must be approached as social actors who are integral to city-making as they engage in the daily life of cities through different and varied forms”

²“We use the term ‘multiscalar’ as shorthand to speak of sociospatial spheres of practice that are constituted in relationship to each other and within various hierarchies of networks of power.”

³ “The concept of multiscalar social fields enables us to address and capture aspects of social relations through which broader social forces enable shape, constraints, and are acted upon by individuals”

tornando uma maneira de enxergar as influências de forças sociais amplas e institucionalizadas implicadas nessa relação. Utilizando esse método analítico é possível manter o foco na relação desenvolvida entre esses dois atores sociais, compreender a maneira que essa rede se relaciona com outras, por exemplo, o território da cidade de Florianópolis e o sistema público de saúde oferecido.

Outro fator que faz os escritos de Nina Glick Schiller e Ayse Çaglar serem importantes para o debate é o fato de que o seu objeto principal de estudo é a relação dos migrantes com as cidades que habitam. Como já mencionado, a pesquisa aqui realizada está inserida em um projeto de nível nacional, realizado simultaneamente em diversas cidades e regiões. A constante entre todas as pesquisas é o tema e os atores sociais investigados, dessa forma as mesmas perguntas e as mesmas etapas foram seguidas por todos os núcleos; entretanto os resultados estão se mostrando bem distintos entre uns e outros, como apresentado no “II Seminário Internacional: Acesso à saúde e vulnerabilidades de migrantes internacionais no contexto de disseminação da Covid-19: uma pesquisa Interinstitucional em rede colaborativa.”⁴

A variável entre todos os núcleos é a cidade em que o fenômeno está sendo abordado, essa separação mostra como o acolhimento e integração dos migrantes na sociedade e nos serviços públicos de saúde são influenciados pela cidade em que o fenômeno está acontecendo. Percebendo isso, as teorias e a forma metodológica de análise de Nina Glick Schiller e Ayse Çaglar (2018) se mostram pertinentes visto que elas categorizam cidades como atores institucionais políticos, culturais e econômicos, os quais estão inseridos dentro de múltiplas escalas institucionalmente estruturadas que possuem diferentes níveis e domínios de poder, mas que se interligam.

As autoras pensam em um nível global de hierarquia, o que aqui se apresenta em um nível nacional. Ainda assim, as cidades são boas portas de entrada para estudar o fenômeno do acolhimento e integração de migrantes, visto que cada uma possui regimes e planos de governança a nível nacional ou estadual para trabalhar com essa demanda. Cada cidade possui sua história e valores culturais diferentes perante o fenômeno da migração: “A estrutura institucional de cada cidade molda variações dentro de seus diferentes distritos territoriais locais e setores econômicos⁵” (Schiller; Çaglar, 2018, p. 9, tradução nossa).

⁴ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2MaSgb3MKqY>

⁵“Each city’s institutional structure shapes variations within its different local territorial districts and economic sectors”

As autoras também debatem a importância de traçar interconexões, pois se o objetivo é estudar os campos sociais que são compostos por redes multiescalares, é preciso entender as interconexões entre essas redes. Observar e traçar as interconexões são formas de trazer à luz quais são as estruturas que ligam diversos locais. Cada cidade, bairro ou edifício está simultaneamente posicionado em diversas redes de poder e traçar um quadro analítico multiescalar é uma forma de abordar e entender as condições comuns de precariedade. “Dessa forma, podemos entender a constituição multiescalar das localidades como a produção contínua de todos os lugares e relações sociais que as constituem⁶” (Schiller; Çaglar, 2018, p. 12, tradução nossa).

Nesse sentido, na pesquisa em que este trabalho está inserido, existe uma interconexão pré-estabelecida entre todas as cidades, pelo fato de dividirem as mesmas leis nacionais. Sendo assim, todas possuem cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) e são regidas por leis e políticas de migração comum, como a lei 13.445/2017, a principal lei que regulamenta a migração no Brasil. Lei a qual é resultado de uma reivindicação muito antiga dos movimentos civis ligados à migração, visto que a lei anterior a essa de 2017 era a lei 6.815/80, a qual havia sido formulada e implementada durante a ditadura militar. Por conta disso, era uma lei que tratava o migrante internacional como uma ameaça à soberania nacional. Essa lei não havia sido mudada até 2017, mesmo após a nova constituição de 1988 (IMDH *et al.*, 2019, p.16). Entre diversos direitos e deveres, a nova lei também institui o “Acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (BRASIL, 2017, Art. 4. VIII).

Todavia, o presente estudo aqui proposto busca trabalhar com outra interconexão pré-estabelecida. Por se tratar de uma pesquisa apenas na cidade de Florianópolis, além da cidade estar conectada nacionalmente com as outras cidades da pesquisa geral, o município também possui uma especificidade que é o fato de ser a junção de uma ilha e uma parte continental, assim como também é, simultaneamente, uma capital e uma cidade litorânea turística. Essas especificidades fazem com que unidades básicas de saúde em bairros diferentes tenham questões muito diferentes entre elas.

Dessa forma, além da interconexão pré-estabelecida de serem ambas as unidades de saúde pesquisadas regidas pelo mesmo município, um dos objetivos da pesquisa é, utilizando o método analítico multiescalar Nina Glick Schiller e Ayse Çaglar (2018), entender a interconexão de redes que forma o campo social de cada localidade; destacar as

⁶“In this way, we can understand the multiscalar constitution of localities as the ongoing production of all places and social relations that constitute them”

especificidades de cada unidade e cada bairro e, no final, realizar um esboço de um quadro analítico das estruturas que estão por trás do acolhimentos dos imigrantes nos postos de saúde em Florianópolis.

2.2 MIGRAÇÃO, TERRITÓRIO E SAÚDE

2.2.1 Migração e saúde

Considerando o quadro mundial, o Brasil não é um país que se destaca em relação a migrações internacionais, entretanto, esse fenômeno causa impactos nacionais, tornando-se uma questão social do país. Nos últimos anos, o fenômeno da migração internacional tem ganhado mais atenção nas discussões acadêmicas e nas agendas políticas, em decorrência de como esse fenômeno vem ganhando novas características. Atualmente, no Brasil, o fenômeno migratório se destaca pelo grande número de recebimentos de homens e mulheres haitianos, por conta do acordo bilateral entre os governos do Brasil e Haiti em decorrência do terremoto de 2010 e as ainda recentes consequências (Martin; Goldberg; Silveira, 2018).

Ainda de acordo com os autores, outro destaque é a presença de migrações regionais e transfronteiriças, principalmente no sul e sudeste do Brasil, muitas vezes motivada pela procura de melhores condições de vida. Ainda mais recente, um novo fluxo migratório presente no país é o de venezuelanos: o país se tornou um dos primeiros destinos dessa população, por conta da crise econômica e da política venezuelana. A maior concentração é no estado de Roraima, entretanto, estratégias como a de interiorização, que busca ajudar essa comunidade ir para outras regiões do país, fazem com que essa população comece a se fazer presente por todo o país.

Dessa forma, grande parte da população de migrantes no país é composta por refugiados, que muitas vezes não são denominados dessa maneira por questões burocráticas, mas que migraram em situação de refúgio. Outra característica, mais geral, das migrações internacionais no país é a grande presença da faixa etária de jovens adultos, o que os autores indicam ser um possível reflexo de uma migração por motivos laborais (Martin; Goldberg; Silveira, 2018). Juntando essas características, uma das consequências é a grande presença dessa população em trabalhos precarizados:

Uma moldura teórico-compreensiva permite apreender as migrações internacionais – principalmente o caso brasileiro – como um movimento impulsionado pelos fluxos de capitais orientados pela lógica de um capitalismo que, em fins do século XX e início do século XXI, ultrapassou as fronteiras político-administrativas e organizou relações de trabalho fundadas na precarização com vistas à diminuição do custo da produção, no contexto da circulação transnacional de produtos (Martin; Goldberg; Silveira, 2018, p. 30).

Esses novos fluxos trazem à tona um debate a respeito dos direitos humanos, pois a questão do acolhimento deve estar relacionada à garantia de acesso aos serviços de saúde. Acesso esse em um sentido integral e de tratamento especializado se preciso, bem como a absorção ao mercado em trabalhos dignos, todas essas questões devem ser levadas em conta para buscar a integração. Todavia, toda essa complexidade, ao mesmo tempo, precisa se adaptar a um contexto de um país que está passando por súbitas mudanças políticas, sociais que impactam todo o contexto econômico (Granada, *et al*, 2023).

A relação entre migração e processos de saúde e adoecimento está sendo preocupação de diversos estudos nacionais e internacionais atualmente. Mesmo que o país esteja sendo marcado mais recentemente por alguns perfis migratórios específicos, é importante entender que o fenômeno da migração internacional e o grupo de migrantes é completamente multifacetado e complexo, incluindo deslocamentos voluntários, exílios forçados, migrações de profissionais altamente qualificados (Granada; Detoni, 2021). Porém, ainda assim, algo que está presente em todos os casos é a necessidade do acesso a serviços de saúde.

Diversos documentos recentes têm essa relação como uma preocupação urgente que deve ser debatida. O relatório da Comissão de Migração e Saúde da revista científica *The Lancet* mostra que a saúde das pessoas que migram está relacionada a fatores estruturais e políticos que motivaram a migração, assim como às trajetórias e à escolha do país de destino. Nesse mesmo documento, também é reforçada a preocupação com o fortalecimento de redes de profissionais de saúde com formação continuada, para que estejam habilitados a acolher e trabalhar com o processo saúde-doença de migrantes internacionais, de forma a evitar danos e, acima de tudo, para que haja políticas de tolerância zero à xenofobia, de acordo com ABUBAKAR et al. (2018) apud Granada, Detoni (2021).

Em vista disso, entendendo que a migração no Brasil é uma questão que deve ser debatida e considerando que os relatórios mais atuais mostram a emergência de relacionar e estudar a migração em relação à saúde, torna-se necessário observar o acolhimento dos migrantes internacionais no país dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), que possui um projeto ambicioso de busca de igualdade no acesso à saúde para todos.

2.2.2 Saúde no Brasil: territorialização e acolhimento

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem sua base legal na Constituição Federal de 1988, na lei 8.080 de 1990 conhecida como Lei Orgânica da Saúde a qual “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (Brasil, 1990) e a lei

8.142 de 1990 que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (Brasil, 1990).

O que toda essa base legal pode dizer sobre o que é o SUS e como ele atende a população no Brasil? Gustavo Corrêa Matta (2007) a partir dos princípios e diretrizes do SUS, presente nas leis, busca compreender e colocar em um contexto histórico e de análise os principais pontos. Primeiro, o autor define princípio, para o uso no artigo, como aquilo que serve de base, alicerce, enquanto representa valores e bandeiras de luta, ou seja, como algo estruturante ao mesmo tempo em que é um princípio moral. Por sua vez, diretriz é entendida como dinâmicas e estratégias, ou seja, seriam os meios para atingir os objetivos, os quais são definidos a partir dos princípios (2007, p. 65).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o SUS teria três princípios norteadores: universalidade, equidade e integralidade. Matta (2007, p. 67) propõe identificar as ideias estruturantes e os sentidos que cada um desses princípios carrega. A universalidade vem do entendimento, no Brasil, de que o direito à saúde é um direito social. Não é utilizada a ideia de gratuito porque o autor defende que é inapropriado definir o SUS dessa forma, visto que o financiamento se dá por meio de arrecadação de impostos, o que reforça ainda mais o direito a todos.

Outro conceito que o princípio de universalidade carrega é o de direito à vida e à igualdade, o que significa acesso sem distinção, seja de sexo, raça, religião ou qualquer outra forma. Dessa maneira, a universalidade diz respeito ao acesso às ações e serviços de saúde e, em um sentido de saúde mais holístico, pode ser compreendido como um direito a uma boa condição de vida que promova boas condições de saúde (Matta, 2007).

O princípio da equidade existe em resposta aos problemas de iniquidades sociais e econômicas que geram desigualdade no acesso, gestão e produção dos serviços de saúde. Esse princípio existe para reforçar a ideia de que para conseguir alcançar direitos iguais entre toda a população, é preciso tratar desigualmente o desigual. Ou seja, isso significa entender e suprir dificuldades específicas de grupos que fazem com que eles não tenham o mesmo acesso e direito do que o resto da população (Matta, 2007). Essas dificuldades podem acontecer por questões econômicas ou devido a problemas estruturais de uma sociedade.

O objetivo do princípio da equidade é identificar e trabalhar com o campo da diferença, e funcionar como um regulador dessas diferenças, não em um sentido de diminuí-las, mas sim dar um tratamento e políticas específicas, para que haja igualdade em comparação a outros grupos. Dentro do SUS, a equidade está ligada à distribuição de

recursos, insumos e serviços, no sentido de fazer projetos específicos para que esses recursos cheguem a todos de forma igualitária (Matta, 2007).

Um grande debate em relação à equidade é como será a distribuição desse tratamento e dessas políticas distintas, quais são os critérios utilizados: “[...] o princípio da equidade tem o desafio da construção de estratégias que reflitam a participação e a emancipação cívica e social expressas no texto constitucional e na luta histórica pelo direito à saúde no país” (Matta, 2007, p. 70). Nesse sentido, o trabalho aqui apresentado está nesse caminho de um trabalho acadêmico que argumenta e tenta provar como um grupo social está em desfavorecimento em relação a outros grupos, no atendimento primário nas unidades básicas de saúde do SUS.

Outro princípio é o da integralidade, que o autor propõe haver quatro sentidos. 1) No sentido histórico de construção de um sistema único o qual deve priorizar um atendimento integral, prioritariamente de ações preventivas, mas ao mesmo tempo para ações curativas. Por isso é denominado *único*, pois existe somente um sistema que atende emergências, realiza tratamento de doenças e concomitantemente realiza diversas ações para prevenção e acompanhamento. 2) Integral em um sentido crítico e contrapondo o reducionismo biomédico, ou seja, possui um sentido mais amplo do que significa o processo de saúde e doença, envolvendo questões como as relações com a sociedade e o meio ambiente. Trata-se de uma visão na qual o sujeito, os grupos sociais e suas necessidades são o centro e não a doença ou somente o corpo biológico (Matta, 2007).

Outros sentidos são: 3) Integralidade no sentido de que as políticas de saúde devem ser pensadas considerando também demandas de grupos específicos, que por algum motivo demandem dessa atenção. E 4) A integralidade como eixo norteador da formação de profissionais de saúde, por meio de uma perspectiva de que as bases da prática profissional também possibilitam uma reflexão sobre o processo de trabalho, em crítica à divisão entre o trabalho manual e trabalho intelectual (Matta, 2007).

Para alcançar esses objetivos se utilizam estratégias e caminhos os quais também estão propostos na legislação e são analisados por Matta (2007): são as chamadas diretrizes. Ele identifica três principais diretrizes: 1) A descentralização, uma estratégia de um Estado federativo. Ao mesmo tempo em que é uma estratégia de organização do sistema de saúde, é também distribuição de poder político, responsabilidades e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Cada órgão, do nível federal ao municipal, possuem responsabilidades na legislação do SUS e nas Normas Operacionais (NOB-SUS).

Outras diretrizes são: 2) A regionalização e a hierarquização prevista na lei 8.080, que diz respeito a uma organização que respeita a ideia de território, seus perfis populacionais, indicadores epidemiológicos e condições de vida, dando liberdade para que ações e serviços de saúde sejam feitos pensando nessas especificidades de cada território. 3) A participação da comunidade, colocada como princípio no texto constitucional, mas considerada pelo autor como uma diretriz. Acontece institucionalmente a partir de conselhos de saúde, tendo o nível municipal, estadual e federal, com metade composta por representantes dos usuário e a outra metade por representantes da gestão, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços privados, todos com o objetivo de influir na formulação de políticas (Matta, 2007).

Considerando que o trabalho aqui proposto está inserido em uma pesquisa geral, além da análise do fenômeno em nível de legislação federal e teorias da sociologia da migração, um dos principais objetivos propostos é mostrar as especificidades encontradas na região pesquisada, neste caso, a cidade de Florianópolis. Para isso, uma das diretrizes mais trabalhadas será a territorialização, que Matta (2007) chamou de regionalização, a fim de mobilizar e compreender especificamente um dos perfis populacionais da cidade e como ocorre o acolhimento dentro das unidades de saúde.

Para que seja realizada uma capilarização dos serviços ofertados pelo SUS, é levado em conta o conceito de territorialização na saúde. O conceito de espaço é pensado como produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais, pois seria algo produzido socialmente. Dessa forma, o território é um espaço singularizado e resultado de acumulações, sejam elas históricas, sociais ou ambientais. Esse entendimento é valioso para os estudos e distribuição de recursos de saúde, pois essa singularização resulta em condições particulares para produções e tratamentos de doenças (Gondim *et al*, 2008).

Houve movimentos da Reforma Sanitária Brasileira ao longo dos anos 1970 e 1980 que constataram que o sistema de saúde do país até então tinha alguns problemas tais quais: grande centralização dos serviços de saúde; baixa cobertura assistencial que deixava populações como os mais pobres e de regiões mais carentes excluídos; desintegração entre unidades de saúde; ações fragmentadas de solução de problemas. Portanto, o cenário da saúde pública, antes da proposta e efetivação do Sistema Único de Saúde, era de um sistema que reproduzia desigualdades sociais e econômicas do país diretamente na saúde da população (Gondim *et al*, 2008).

Como forma de solucionar os problemas existentes, surgiu na constituição de 1988 o SUS que possui a universalidade, equidade e integralidade como princípios. Todavia, para alcançar esses objetivos promissores foi preciso realizar uma nova organização na distribuição

de saúde de uma forma que o SUS tivesse capilaridade capaz de atender todo o país, para isso surgiu o movimento da municipalização. Essa proposta de regionalização é, na verdade, uma reforma administrativa-gerencial com a intenção de organizar diversos polos assistenciais para que chegue atendimento integral, seja primário, secundário e terciário, para a maior quantidade possível de brasileiros (Gondim *et al*, 2008).

Ainda de acordo com Gondim *et al*, em uma análise dos textos normativos do SUS, a organização da atenção básica é pensada, a partir da territorialização e acréscimo de acordo com a clientela:

Num primeiro momento o objetivo é compreender a dinâmica da população, as relações sociais e econômicas e o processo de produção da saúde ou da doença, como resultante da interação dessas diversas dimensões. Num segundo momento, criar as condições necessárias para vigiar, regular, controlar, organizar e intervir sobre os problemas e necessidades que surgem no território e com a população (Gondim *et al*, 2008, p. 9)

Dessa maneira, a capilarização dos serviços de saúde incluiria também uma adaptação a nível municipal de políticas de saúde para que o sistema público de saúde consiga dar conta das especificidades apresentadas em cada região.

Portanto, a regionalização é efetivamente um passo importante para um atendimento que de fato busque respeitar e se adaptar às necessidades da população da região, entretanto isso acontece de fato a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), essa é a ponta final de um processo em que está o acolhimento. A equidade deve estar desde o primeiro momento. No trinômio espaço territorial/população/serviços de saúde a APS deve ganhar uma importância especial, por ser um primeiro contato, por oferecer um cuidado e acompanhamento constante da saúde com ações preventivas e, também, por ser uma porta de acesso para os demais pontos de atenção (Silva, 2011). São as unidades básicas ou então centros de saúde que ficam localizados em diferentes bairros da cidade de acordo com a distribuição feita pelo município. Essas unidades vão ter o primeiro e constante contato com a população, o que equivale para os migrantes internacionais da região.

Entretanto, o SUS e a APS possuem diversas dificuldades e barreiras para um pleno funcionamento. Um dos principais desafios é o orçamentário. O SUS possui um financiamento de em média 3,5% do PIB, sendo o gasto nacional total com saúde no país de 8% do PIB, com participação de menos de 50% do setor privado. Para os municípios, está previsto na constituição um investimento mínimo de 15% do orçamento e a média da maioria deles é de 20%, 5% a mais do mínimo (Silva, 2011).

Outro grande desafio, identificado por Silva (2011), é o de romper com características hegemônicas de um entendimento do processo saúde e doença centrado em procedimentos para instaurar um sistema usuário-centrado. O SUS tem essa preocupação e há caminhos sendo trilhados na busca de considerar o paciente como sujeito do processo de cuidado da saúde. A conclusão do autor é que a integração em saúde deve considerar elementos contextuais presentes em cada região. Fazer isso pode ter um grande impacto para superar lacunas assistenciais. O que mostra, novamente, a importância do recorte de território e sua contextualização para entender o acolhimento dos migrantes.

O atendimento de saúde feito atualmente é bem diferente daquele feito na virada do século XIX para o XX, contudo, mesmo com a criação do Sistema Único de Saúde e criação de políticas que atendem especificamente a saúde dos imigrantes, ainda há lacunas no atendimento (Detoni; Granada, 2021). Ramos (2008, p. 46) mostra como as estruturas sociais de saúde não consideram as multiculturalidades. Ficam ausentes os cuidados e as adaptações necessárias para atender um público que realiza um processo migratório que envolve rupturas espaciais, temporais e principalmente culturais.

2.3 MIGRAÇÃO, TERRITÓRIO E SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM FLORIANÓPOLIS

Santa Catarina e suas principais cidades possuem uma conurbação urbana e um número de habitantes proporcionalmente menor se comparado a outras cidades do país, entretanto, os problemas sociais e urbanos gerados pelo crescimento populacional também podem ser encontrados no estado. A economia do estado se caracteriza por ser urbana e industrial, com expansão para o litoral. Em 1940, Florianópolis era a cidade com o maior grau de complexidade industrial, posto que perdeu para a cidade de Joinville em 2010. (Goularti, 2015).

Florianópolis, para os dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, é a capital do estado de Santa Catarina, com uma área territorial de 674,844 km², com uma população de 537.211 pessoas (2023) e um Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,847 (2010), acima da média nacional. Entretanto, esses dados não falam por si só e não contam a história da cidade. Os números oficiais em relação a toda a complexidade da vida urbana aparecem de outra maneira diante dos estudos realizados sobre a cidade.

Uma forma de compreender o funcionamento geral e as relações urbanas da cidade de Florianópolis é a partir de Magalhães e Tonin (2015) que definem a região como uma

cidade-mercadoria. De acordo com os autores, a cidade está passando por um processo de segregação socioespacial que tem influenciado a vida e a moradia dos residentes. Seguindo alguns padrões nacionais do que estava acontecendo no período, na passagem do século XIX para o XX, em Florianópolis também houve ações promovidas por um higienismo urbano de expulsão da população negra e migrante dos centros da cidade, uma expulsão realizada a partir de uma pressão econômica e social que fez com que essa população fosse, inicialmente, para os morros próximos ao centro, mas que hoje cada vez mais se direciona para a parte continental ou para as cidades vizinhas Magalhães e Tonin (2015).

Escravos recém libertos, seus descendentes e imigrantes pobres foram classificados e identificados como “classes perigosas”, as quais deveriam ser isoladas e afastadas da região para que o projeto elitista de ocupação econômica e social pensado para determinadas regiões funcionasse. Dessa forma, a cidade de Florianópolis, desde o começo do século XX, cresceu a partir desse projeto urbano e suas consequências de contradições urbanas (Magalhães; Tonin, 2015).

Desde o final do século XIX, a população da cidade passou de 50 mil para 450 mil em 2010 (FIBGE, 2015) e mais de 500 mil em 2022 (IBGE, 2023), portanto, os problemas sociais ganharam novas complexidades e a segregação socioespacial ganhou novos retratos. De acordo com os autores, a cidade passa a ser uma *cidade-mercadoria*, vendida como uma ilha turística, com belas praias e boa segurança. Essa construção passou a privilegiar as regiões de praia, como belezas a serem valorizadas enquanto a ocupação nos morros como problemas a serem escondidos (Magalhães; Tonin, 2015).

A constituição de Florianópolis, no sentido de uma *cidade-mercadoria*, é resultado de um processo que acontece em outras cidades brasileiras: um processo de urbanização capitalista que converte a terra urbana em objeto de valorização da capital. Essa venda da cidade acontece desde 1980, com propagandas em revistas da cidade como um lugar sem violência e com muitas belezas naturais. O que acarretou uma grande migração para a cidade (Magalhães; Tonin, 2015).

Juntando todos esses fatores, a cidade está em um contexto de segregação socioespacial, espoliação urbana e superexploração da força de trabalho, resultando em um processo de periferização das regiões de saída da ilha e dos municípios vizinhos. Adicionalmente há o marketing realizado em cima da cidade que resulta na venda de uma ilusão para uma grande parte dos migrantes. De acordo com dados FIBGE (2015), 52,18% da população que morava na cidade naquele período não era natural da cidade de Florianópolis,

sendo, dentro dessa população migrante, 69,62% de outro estado do Brasil e 30,38% de migrantes internacionais (Magalhães; Tonin, 2015).

Sendo assim, tanto os migrantes provindos de outros estados do país como os migrantes internacionais, quando chegam à cidade de Florianópolis, podem encontrar um cenário diferente do anunciado. Outro fator ainda mais agrave é o caso de refugiados que vêm para a ilha, visto que a cidade oferece uma realidade de superexploração e expulsão de certas áreas para aqueles que não estão no ideal de cidadão elitista da cidade.

Mais uma especificidade do território aqui analisado é em relação a seus dispositivos legais. O estado de Santa Catarina possui a lei Nº 18.018, de 2020, a qual Institui a Política Estadual para a População Migrante, baseada na lei nacional já comentada. A lei estadual traz em seu art. 1º a ideia de que ela deve ser implementada e atravessar todas as políticas e serviços públicos, de maneira que os imigrantes recebidos no estado tenham acesso aos direitos fundamentais e aos serviços públicos, tendo as interculturalidades respeitadas. O art. 7º também define algumas ações prioritárias na implementação da política estadual, entre elas a garantia à saúde, dando atenção para necessidades específicas e diversidades culturais (Santa Catarina, 2020).

Dessa forma, o estado mostra uma preocupação recente com a população que está migrando, uma vez que leis durante o período da pandemia foram criadas. Um dos seus possíveis motivos são os novos fluxos migratórios em cidades catarinenses, sendo o mais recente o de 2019/2020, resultado do processo de interiorização o qual será melhor explorado posteriormente. Outro exemplo de como a cidade de Florianópolis se mostra preocupada com essa população, é o fato do município se tornar, em 2020, o segundo do Brasil a aprovar uma política municipal específica para migrantes, sendo essa a lei nº 10.735/2020, que possui objetivos alinhados com a lei estadual.

Essa lei foi aprovada logo após o fechamento do Centro de Apoio e Atendimento a Imigrantes (CAISC) por falta de verba. Este local, vinculado à prefeitura para atendimentos específicos para migrantes, havia funcionado por um ano e sete meses quando foi fechado. Em abril de 2023 conseguiu voltar a funcionar e prestar ajuda institucionalizada para as demandas específicas. O saldo final é que atualmente em Florianópolis existe um centro especializado e uma lei específica para dar conta de todas as demandas específicas da população que migra.

Todavia, por mais que um centro de acolhimento especializado fornecido pelas instituições públicas locais seja fundamental, a cidade também é caracterizada por diversas Organizações da Sociedade Civil (OSCs) que também promovem diversas atividades de

acolhimento da população migrante, sendo grande parte delas ligadas de alguma maneira a instituições religiosas. Em 2021, havia oito OSCs em atividade, sendo elas: Grupo de Apoio a Imigrantes e Refugiados (GAIRF), Serviço Pastoral dos Migrantes de Santa Catarina, Círculos de Hospitalidade, Associação dos Imigrantes de Santa Catarina (AISC), Organização Pelos Imigrantes e Refugiados (OPIR), Serviço Jesuíta a Migrantes e Refugiados (SJMR) de Florianópolis, Cáritas Brasileira, Associação Voluntários pelo Serviço Internacional Brasil (AVSI).

Mas qual é o retrato dos principais fluxos na cidade de Florianópolis? De acordo com o relatório Sinais Vitais do Instituto Comunitário Grande Florianópolis (ICOM, 2022) Santa Catarina é o quinto estado com pedido para emissão do Registro Nacional Migratório (RNM) com um percentual de 9,19% dentro do contexto nacional. No estado, Florianópolis, até 2019, era a cidade mais procurada, entretanto, em 2021 passou para a terceira posição com 7,55%, sendo Joinville e Chapecó as duas mais procuradas.

Em questões de nacionalidades que mais solicitaram o RNM em 2021, em Florianópolis, 43,36% dos pedidos foram de pessoas vindas da Venezuela, 15,08% vindas da Argentina, do Haiti 11,57%, 6% de Cuba e 5,40% da Rússia. O diferencial notado é que a segunda população que mais procurou Florianópolis é a argentina, que aparece somente em quarto e terceiro lugar no cenário nacional e estadual, respectivamente. Também chama a atenção a migração provinda da Rússia, nacionalidade a qual nem aparece significativamente em nível nacional e estadual (ICOM, 2022).

Em relação à renda e trabalho da população migrante na cidade de Florianópolis, 62,30% trabalham com vendas em lojas e mercados, tendo como as principais funções: vendedor, atendente de lanchonete, faxineiro, repositor de mercadorias, seguido de trabalhadores de serviços administrativos com 15,65% e trabalhadores da produção de bens e serviços industriais com 8,05%. Em relação ao salário, 79,97% dos migrantes com trabalhos formais recebem entre 1 e 2 salários mínimos e 11,11% recebem até um salário mínimo. Vale ressaltar que os dados são somente sobre a população com empregos formais. Nas entrevistas, foi identificado que o maior emprego informal de migrantes é o comércio no centro das cidades, tendo alguns relatado que acabam na informalidade por conta de exploração, xenofobia e racismo, pois acontece com os migrantes não brancos (ICOM, 2022).

Entretanto, pensando na população migrante em Florianópolis os dados mais alarmantes referem-se ao fato de que 46,20% dessa população vivem em situação de pobreza ou extrema pobreza, e apenas 16,97% possuem renda acima de 1/2 salário mínimo, o que gera

muitas consequências sociais. Esse número mostra como essa é uma população em situação vulnerável, a qual precisa de ajuda pública e institucionalizada (ICOM, 2022).

Os dados do relatório Sinais Vitais sobre saúde foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e são referentes aos cadastros e atendimentos nas redes municipais de saúde, sejam elas públicas ou particulares. A população venezuelana representa 63,41% dos cadastros nos postos de saúde e a haitiana, 22,95%. As unidades de saúde que mais realizam atendimento com a população migrante são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), voltadas para atendimentos emergências e de média complexidade, mostrando uma busca maior para tratamento de doenças e de emergências do que prevenção. Entretanto, o número de cadastros em cada unidade dos centros de saúde nos revela quem é a maior população de migrantes encontrada no bairro (ICOM, 2022).

Como já comentado anteriormente, as unidades com maior número de cadastro de migrantes é, em primeiro lugar, o Centro de Saúde de Capoeiras, seguido do Centro de Saúde Ingleses e Canasvieiras. Em questão de moradia, Capoeiras é de fato o bairro com a maior porcentagem de migrantes residindo, com um percentual de 10,32%, seguido do centro, com 9,80% (ICOM, 2022). Sendo assim, relacionando com o texto anterior (Magalhães; Tonin, 2015), podemos perceber que o padrão de expulsão da população pobre e migrante de determinados bairros acontece não de maneira direta, mas com o alto valor de aluguéis e elitização de regiões. O fato da unidade que mais atende migrantes ser a que fica no continente é significativo quando pensamos no processo de expulsão de populações da ilha mostrado anteriormente.

Um dos motivos do tema da migração ter se tornado tão relevante na cidade de Florianópolis nos últimos anos, levando à criação de centros especializados e leis, são os novos fluxos que têm acontecido após 2011. O primeiro fluxo foi caracterizado por haitianos que saíram do seu país de origem após o terremoto de 2010. Essa população hoje está mais concentrada em cidades como Chapecó e Joinville, por motivos laborais, mas ainda há uma presença significativa em Florianópolis (ICOM, 2022).

O segundo fluxo mais significativo na região é o da população vinda da Venezuela, devido ao fato de que Roraima – o estado que faz divisa com a Venezuela – não estava comportando o grande fluxo de migrantes. A cidade e o estado não conseguiam oferecer empregos dignos para toda essa nova população.

Dessa forma, uma solução encontrada pelo poder público foi a chamada estratégia de interiorização. De acordo com a Organização Internacional para as Migrações (OIM) – Brasil, a Operação Acolhida é uma resposta humanitária do governo do Brasil diante desse

sobrecarregamento nos serviços públicos que o alto número de refugiados da Venezuela causou. É essa operação que se encarrega de realizar a estratégia de interiorização. Ela começou a funcionar em 2018, pois foi em 2017 que os venezuelanos começaram a chegar ao país e começaram a sobrecarregar Roraima. Em um período de abril de 2017 a julho de 2023, mais de 1.200 pessoas vindas da Venezuela foram trazidas para Florianópolis, tendo um pico em fevereiro de 2020, um mês antes de iniciar a pandemia no país (OIM, 2023).

Portanto, por mais que Florianópolis não esteja em um mapa de destaque em nível internacional nem nacional como uma cidade que notadamente recebe muitos migrantes, ela está enfrentando novos fluxos de migração a qual há anos não estava acostumada. A cidade está recebendo um novo perfil populacional o qual está sendo inserido em um contexto de cidade que historicamente se vende, uma *cidade mercadoria* que possui um projeto urbano elitista.

No entanto, essa cidade prometida não necessariamente se materializa nos casos de migrantes que vêm para o país em busca de oportunidades de emprego e uma vida melhor do que no país de origem. Mesmo os dados oficiais que não usam o termo “refugiados” – pois a documentação é demorada e a maioria vem sem esse documento –, é possível considerar de fato esses dois principais fluxos de migrantes como pessoas refugiadas de seus países. Assim sendo, a realidade é outra para essa população, pois encontram um ambiente de exploração, baixos salários e não valorização da formação acadêmica.

A perspectiva de análise aqui adotada é a utilizada por Schiller e Çaglar (2011), portanto, é a análise multiescalar que entende que as experiências migrantes são heterogêneas e entendidas como pertencentes a uma cidade, assim como essas experiências são entendidas como modificadoras do local onde estão inseridas. Portanto, averiguar as nacionalidades que mais aparecem é importante para entender um contexto de relações internacionais e geopolítica, ou seja, para saber os motivos da grande presença de determinadas nacionalidades e averiguar se uma população que veio de determinado país possui alguma demanda específica a ser atendida.

No entanto, a informação mais alarmante e que gera muitas consequências para a vida urbana da cidade de Florianópolis é que 46,20% da população migrante, em 2021, vivia em situação de pobreza ou extrema pobreza. Esse dado mostra que essa é uma população que exige uma grande atenção dos serviços públicos, visto que abrir as portas para a população migrante não é apenas não impedir de entrar, é preocupar-se com a integralização dessa população e garantir direitos básicos, assim como todas as bibliografias apresentadas defendem.

Ainda mais quando o assunto é saúde, visto que todas as leis, em nível nacional, estadual e municipal, sobre migração, decretam o direito à saúde de maneira integral e adaptada, se necessário, para respeitar as interculturalidades e alcançar um acesso de fato igualitário. Essa ideia é mais uma vez reforçada dentro do contexto das unidades de saúde, pois, de acordo com Matta (2007), o atendimento público de saúde no país é, por lei, regido por princípios de universalidade que garante direito à igualdade, equidade para buscar solucionar iniquidades sociais, ajudando e atendendo necessidade específicas para que grupos desfavorecidos por alguma questão social tenham o mesmo acesso que os demais. Também pelo princípio da integralidade que pensa saúde em um sentido integral, não só a cura de doenças, mas o atendimento de profissionais com formação continuada e especializada para atender o perfil populacional da comunidade durante todo o processo de saúde-doença.

Dessa forma, existe uma base legal muito forte e recente sobre a garantia de direitos à migrantes internacionais no Brasil. Em Santa Catarina e Florianópolis, essa preocupação fica clara devido ao acolhimento, pelo menos legalmente, e a um início de políticas públicas, como a reabertura do centro especializado de acolhimento. Entretanto, um dos principais lugares de acolhimento dessa população é dentro das unidades de saúde, visto que muitas vezes é um dos primeiros lugares a frequentarem, por ser um sistema público. Por mais que tenha uma base legal muito sólida tanto em relação ao acolhimento dos migrantes quanto em relação a um atendimento igualitário, integral e equânime nos postos de saúde, no dia a dia esse acolhimento está sendo feito? As agentes de saúde que estão ali se sentem preparadas para isso?

As unidades de saúde, tanto Unidades de Pronto Atendimento (UPA) quanto os centros de saúde, muitas vezes, se tornam o primeiro contato dos migrantes com os serviços da cidade e acabam sendo uma porta de entrada no acolhimento e integração dessa população.

Os cuidados em saúde acabam por constituir a porta de entrada para os imigrantes nos serviços públicos, pois em algum momento haverá busca de alívio aos seus sofrimentos em contextos de serviços marcados por desafios nos processos de inclusão. Nessa perspectiva, não basta ter o cartão SUS e direito de acesso estabelecido para o atendimento como qualquer outro cidadão. Há especificidades próprias a esses grupos que provavelmente são desconhecidas dos profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção, como também há desconhecimento dos imigrantes sobre a forma como esse cuidado é realizado (Martin; Goldberg; Silveira, 2018, p. 34).

Toda a exposição feita até o momento da relação dos migrantes com a cidade, os princípios e diretrizes do SUS, o adoecimento no processo de migração, o contexto da cidade de Florianópolis foi feita para explicar o acolhimento, pois acolher essa população não é somente abrir as portas, é, também, integrar e adaptar o sistema público de saúde para esse

novo perfil populacional que a cidade de Florianópolis ganhou. Por fim, para compreender o quadro completo de acolhimento dos migrantes, o presente trabalho utiliza da narrativa de agentes de saúde sobre suas vivências dentro dos postos de saúde. Mesmo existindo muitas leis sobre acolhimento, é no relato de quem está todos os dias nesse trabalho que aparece uma história nem sempre escutada.

3. AGENTES DE SAÚDE: QUEM SÃO E QUAIS SÃO SUAS NARRATIVAS

A bibliografia apresentada até o momento mostra que as instituições públicas devem estar preparadas para o acolhimento. Nina Glick Schiller e Ayse Çaglar (2018) falam sobre caminhos de integração, dinâmicos, diversos e completamente construídos e influenciados pela maneira histórica que a cidade recebe e acolhe migrantes. Dentro dessa equação, a interação é uma das formas de construção para um caminho de integração. Entretanto, não há apenas uma única forma organizacional para integração.

As agentes de saúde, nesse sentido, estão em constante relação com os migrantes e todas as leis de saúde e migração se referem ao acolhimento realizado nas unidades de saúde. Ou seja, os caminhos de integração a partir dos sistemas públicos de saúde obrigatoriamente passam pela interação com agentes de saúde, mas isso é levado em conta na hora da formação continuada desses agentes?

Matta (2007) mostra que o princípio da integralidade também está relacionado com a formação de profissionais de saúde, tendo como base a ideia de que esses profissionais têm o que dizer para contribuir no entendimento do que é um atendimento integral. Indo contra a concepção de que existe uma divisão entre o trabalho manual e intelectual, é preciso considerar as experiências e narrativas dos agentes de saúde das unidades básicas de atendimento que possuem uma vivência constante e duradoura com a população que atendem.

Sendo assim, toda a relação da cidade de Florianópolis com migrantes, as leis de migração, leis de saúde, se referem ao cotidiano no acolhimento realizado pelas agentes de saúde. Concomitantemente é preciso escutar as narrativas dessas profissionais para que seja possível ter uma breve compreensão de como toda essa base legal e teórica aparece no dia a dia nas unidades de saúde. Por conta disso, para analisar as narrativas das agentes de saúde entrevistadas nessa pesquisa foi utilizado o conceito de burocratas de nível de rua para compreendê-las.

3.1 AGENTES DE SAÚDE COMO BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA

As concepções dos profissionais da saúde, a formação e a função deles são, na maioria dos casos, formadas por um modelo biomédico que resulta em profissionais com pouca ou quase nenhuma preparação para trabalhar com o fenômeno complexo que é o acolhimento intercultural (Martin; Goldberg; Silveira, 2018). Porém, esses profissionais estão na etapa de implementação das políticas públicas, dentro das unidades de saúde, que muitas vezes são a porta de entrada para serviços públicos. Ou seja, são esses agentes de saúde que promovem o acolhimento dos migrantes internacionais, mesmo não possuindo formação específica para lidar com essa responsabilidade.

Para compreender a ação dos agentes de saúde, é empregado o conceito de burocratas de nível de rua, amplamente estudado e propagado por Michael Lipsky e, no Brasil, por Gabriela Lotta (2019). Segundo Lipsky (2019), burocratas de nível de rua são trabalhadores do serviço público que representam, na sua ação, o governo e a execução das políticas públicas. São a ponta final de todo o caminho percorrido, são aqueles que estão na relação direta entre essas políticas e os usuários. Essa é uma posição controversa, pois ao mesmo tempo em que eles representam a etapa de implementação das políticas públicas, também precisam dedicar-se às demandas do público para as quais não foram instruídos. Ou seja, o burocrata de nível de rua precisa diariamente encarregar-se, em sua jornada de trabalho, de duas demandas que normalmente são conflitantes: a do governo e a dos usuários. São representantes do governo para o público e representantes da população para o governo.

Os burocratas de nível de rua são agentes fundamentais para entender se as políticas públicas estão suprindo ou não a demanda de determinada comunidade: a partir dela se podem analisar as controvérsias políticas em relação aos serviços públicos, visto que esses serviços são dependentes desses funcionários públicos, que possuem um grande impacto na vida da comunidade que acolhem. Impacto, pois, são eles que informam e efetuam os benefícios e sanções governamentais, supervisionam os serviços, informam e aplicam as mais diversas formas as políticas públicas. São os burocratas de nível de rua os mediadores da relação constitucional entre cidadãos e Estado (Lipsky, 2019, p. 39).

Para trabalhar com esse conceito no contexto brasileiro, utilizei dos trabalhos de Gabriela Lotta (2019). A autora foca um grupo específico de burocratas de nível de rua: os profissionais da saúde, em específico, os profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. No universo de atendimentos que o SUS proporciona, são as unidades básicas de saúde que mais possuem contato direto, constante e longínquo com a comunidade que estão inseridos. Lotta (2012) mostra como o Programa Saúde da Família (PSF) é um

exemplo de ações de contato direto com a comunidade, pois trabalha com o acompanhamento contínuo e próximo com as famílias atendidas pela unidade. As funcionárias que mantêm esse programa são as agentes comunitárias de saúde, que fazem esse acompanhamento residencial.

Durante essa ação, os agentes se confrontam com diversas situações e nuances que não são respaldadas pelas políticas públicas. Dessa forma, exige-se certa liberdade de ação e modelação dessas políticas por parte dos agentes. Essa reformulação da aplicação das políticas públicas durante os atendimentos está ligada à discricionariedade, um conceito dos estudos de implementação de políticas públicas que mostra que há uma liberdade de ação dos agentes em relação à aplicação das políticas públicas. Assim sendo, até chegar-se à sua aplicação final, essas políticas passam por muitos atores que a moldaram a partir de suas decisões. “Discricionariedade é, portanto, elemento analítico do processo de implementação de políticas públicas” (Lotta, 2019, p. 26).

Na discussão sobre discricionariedade, esse fenômeno é pensado como espaço para ação, como já comentado anteriormente, mas também como a própria ação. A discricionariedade como ação é, de acordo com a literatura da área, influenciada por comportamentos dos que a exercem, por fatores relacionados à cultura nacional, por programas de formação e por outras questões individuais, como raça, gênero e trajetórias (Lotta, 2019, p. 27).

Somado a tudo que foi exposto até o momento, o resultado é um quadro em que existe uma preocupação atual com o acolhimento dos migrantes internacionais em um sentido legislativo. Também existe uma forte base legislativa na área da saúde que promove ações regionalizadas que se adaptam ao perfil populacional da cidade e, assim, conseguem realizar ações interculturais que promovem acesso equânime.

Ao mesmo tempo em que tudo isso resulta na ação dos burocratas de nível de rua, nesse caso, resta aos agentes de saúde uma ação com bastante uso da discricionariedade, afinal, há uma legislação ampla, mas não necessariamente um plano de ação consolidado para trabalhar com os novos fluxos de migrantes na cidade de Florianópolis. Dessa forma, para compreender como tudo isso é refletido nos atendimentos e no cotidiano, o subcapítulo a seguir explora um pouco mais os principais tópicos abordados nas entrevistas feitas com agentes de saúde na cidade de Florianópolis.

3.2 TÓPICOS ABORDADOS E ANÁLISES

3.2.1 Barreiras culturais

Uma das primeiras barreiras percebida nos atendimentos é a linguística. Em relação às pessoas que falam espanhol, todas as entrevistadas comentam que conseguem se comunicar bem utilizando o “portunhol”, ou seja, acreditam que por conta da língua ser semelhante em muitos pontos a comunicação não é muito afetada. Mas, em todas as entrevistas realizadas, quando perguntadas sobre a comunicação, as profissionais relatam o uso da plataforma Google Tradutor, principalmente em casos em que as línguas são muito distantes, como russo, francês, ou até mesmo o inglês, nos casos em que não tem nenhum profissional na unidade que possa fazer a tradução. Visto que essa não é uma preocupação do poder público, pois como relata a entrevistada 2, só possui uma segunda língua quem procurou por conta própria: não é sempre que há na unidade agentes que possam fazer a tradução. Dessa forma, o Google Tradutor acaba sendo uma importante e frequente ferramenta de comunicação.

Mas também é muito relatada a presença de “tradutores”, pessoas que acompanham o migrante e traduzem tudo o que é passado na consulta.

Entrevistador⁷: Teve alguma dificuldade com relação à língua ou cultura no atendimento com a população?

Entrevistado 1: Às vezes tem algumas dificuldades, mas a maioria delas vem com alguém junto. O que você sabe disso de dificuldade com paciente? [pergunta para a outra entrevistada]

Entrevistada⁸ 1.1: Não, bastante. Principalmente russo, tem uns que vêm com tradutor mas tem alguns que não, que vêm só com o Google Tradutor mesmo. Tá vindo muito árabe também, aí a gente também não entende nada, mas espanhol ou castelhano a gente consegue entender melhor, mas é bem difícil essa questão quando a língua é bem diferente da nossa [...]

Entrevistada 1.1: Tem mais uma barreira, porque muitos vem com a tradutora, então a gente fala uma coisa e a gente não sabe o que a tradutora passa para eles.

Entrevistadora⁹: E é a mesma?

Entrevistada 1.1: Na maioria das vezes sim, agora ela sumiu, não vi mais ela.

Entrevistada 1.2: Lá nos Ingleses, na época que eu estava fazendo estágio, tinha bastante russo que era da região das Gaivotas, ali daquela canto da praia, vinha geralmente duas tradutoras, a gente conhecia elas pelo nome porque a gente via elas às vezes duas, três vezes na mesma manhã, mas geralmente eram as mesmas e a gente tinha essa mesma questão. A gente passava as informações, mas como é uma língua muito estranha para a gente, nós não sabíamos até que ponto isso estava sendo passado e como as informações eram trazidas de volta. Mas é melhor com tradutor do que sem, sem tradutor é muito difícil.

As entrevistadas mostram que mesmo quando há a comunicação, ela é de alguma forma prejudicada. Mesmo havendo tradutores, como no caso relatado acima, as agentes não

⁷ Daniel Granada.

⁸ Uma enfermeira e uma residente estavam na sala no momento da entrevista e fizeram algumas colocações. Para fins dessa pesquisa, serão chamadas de entrevistada 1.1 e entrevistada 1.2.

⁹ Átina Esteves.

conseguem ter controle da mensagem que estão passando para o paciente. Nesse caso específico, a mesma tradutora se repetia em diversos atendimentos porque no período estava acontecendo um grande número de casos de mulheres russas vindo ter filhos em Florianópolis e, na maioria dos casos, era sempre a mesma tradutora que acompanhava as grávidas. Tratava-se de uma ajuda mais institucionalizada, visto que era provavelmente uma organização que promovia essa migração.

Tradutores também aparecem de outra maneira, mais informal em outros casos, como o relato no Centro de Saúde Novo Continente:

Entrevistadora: A questão da língua?

Entrevistada 3: Do venezuelano é bem mais prático do que quando é haitiano, mas quando é haitiano eles sempre trazem um que traduz.

Entrevistadora: É sempre o mesmo? A mesma pessoa que traduz?

Entrevistada 3: Não, é tipo assim: ele vem com uns quatro, cinco que moram tudo na mesma casa, nem sempre eles são parentes, mas eles se ajudam, uns aos outros, alugam o mesmo local e daí geralmente é do sexo masculino, as mulheres já falam bem menos o português ou espanhol, mas é a língua deles, o francês ou aquele crioulo.

Esse caso mostra uma outra forma de traduzir, uma parceria entre pessoas que já estavam aqui e recém chegados. Todos esses casos mostram diversas soluções que precisam ser encontradas pelos usuários ou pelos agentes para que possa ser superada a barreira da língua. Essas soluções improvisadas funcionam, porém, os interlocutores concordam que isso provoca desvantagens no atendimento:

Entrevistador: Vocês acham que o fato de não ter algum acolhimento específico prejudica o acesso dentro da saúde? Vocês acham que o atendimento não é tão bom como poderia ser, eles ficam um pouco em desvantagem?

Entrevistada 1.1: Eu acho que sim.

Entrevistador: Em que sentido?

Entrevistada 1.1: Eu acho que eles não conseguem expressar o que estão sentindo, em questão de sintomas, e a gente não consegue dar a orientação completa de volta, porque o tradutor às vezes a gente fala alguma coisa e ele traduz outra, então eu acho que sim.

Entrevistadora: Quando a língua é muito diferente, você não consegue entender qual sentimento a pessoa tá tentando passar, né?

Entrevistada 1.1: É bem isso.

Na interação em um posto de saúde entre duas pessoas que não falam a mesma língua, mesmo com um bom tradutor, inevitavelmente o nível de comunicação não é o mesmo, como acontece em um atendimento entre duas pessoas nativas da mesma região e falantes da mesma língua. Entretanto, uma institucionalização junto de uma regularização de tradutores poderia amenizar os danos de comunicação, mas a comunicação não é somente sobre tradução de palavras, está também ligada com outras questões culturais.

Entrevistada 3: O haitiano, a gente vê pela comunidade, tem mania de comprar muita coisa, de sair da feira com aquelas coisaradas, rolo de coisa.

Entrevistada 4: A gente vê com coisa na cabeça, com objetos pesados, que é coisa de onde eles vieram, para eles é normal.

Entrevistada 3: Questão de alimentação que esses dias estavam dizendo que eles não davam alimentação para criança, mas era um casal de gêmeos, bem faceirinhos, até não sei quem que falou: “Gente isso daí é normal para eles, comecem essas coisas”, tipo assim: ó, tem uma que é auxiliar de dentista da equipe, ela conhece um pouco da cultura deles, eles misturam ali macarrão com farinha de mandioca, umas coisas assim, na mamadeira. Mas é o que eu falei, melhor do que miojo.

Esse relato das entrevistadas mostra como há uma falta de entendimento da cultura a qual elas atendem e convivem todos os dias. Entendendo a saúde nos termos que o SUS defende, de maneira integral, a saúde não é só curar doenças e sim prevenir, tratar, garantir condições de vida favoráveis a uma boa saúde (Matta, 2007). Em vista disso, questões culturais não serem levadas em conta, não serem do conhecimento das agentes e não ser algo debatido ou pensado dentro das unidades básicas de saúde, é prejudicial para a saúde dos migrantes.

A partir da perspectiva de que as agentes são burocratas de nível de rua e agem de acordo com as políticas adotadas pela instituição, o fato de dentro da unidade não haver informações sobre a cultura e alimentação de um grande perfil populacional o qual eles atendem não é culpa da unidade, muito menos das agentes, mas mostra uma falta de preocupação da cidade em promover ações e políticas efetivas para que os postos de saúde sejam preparados para trabalhar com as interculturalidades presentes na região.

Tanto a questão da língua quanto o desconhecimento das agentes de saúde sobre os costumes dos haitianos mostram traços de uma atual falta de preocupação com a integração com os migrantes. Nina Glick Schiller e Ayse Çaglar (2018) mostram que um dos caminhos para integração é as instituições públicas estarem preparadas para o acolhimento. Junto a isso, há a obrigatoriedade do SUS de ajustar o sistema municipal ao perfil populacional. O caminho seria então institucionalizar essa relação intercultural que acontece nos postos de saúde para que políticas fossem adotadas. Uma solução encontrada por municípios como São Paulo foi contratar agentes comunitários de saúde migrantes internacionais. Esses agentes seriam, portanto, mediadores interculturais que diminuem as barreiras linguísticas e culturais (Martin; Goldberg; Silveira, 2018).

3.2.2 Formação e desdobramento dos agentes de saúde

Como já comentado anteriormente, parte das ações necessárias para que o SUS promova, de fato, um atendimento integral e equânime é a formação continuada dos profissionais de saúde. Porém, o cenário que mais encontramos nas entrevistas foi uma

precarização das funções e falta de escuta, por parte da Secretaria de Saúde do município, sobre as necessidades de cada unidade.

No total, foram entrevistadas duas agentes comunitárias de saúde, uma enfermeira coordenadora de um centro de saúde e um dentista também coordenador. As duas agentes possuem formação em áreas não relacionadas com a área da saúde, mas trabalham há muitos anos no Centro de Saúde do Novo Continente e também são moradoras do bairro há muito tempo. Fernandez, Lotta e Corrêa (2021) mostram como as agentes comunitárias, se valorizadas, poderiam ser uma das principais personagens para atuação em crises sanitárias, pois elas possuem uma integração muito grande dentro da comunidade em que atuam.

As agentes comunitárias são uma ponte importante entre a comunidade e os centros de saúde. Mas, em Florianópolis, foi identificado um desvio de função das agentes para setor administrativo:

Entrevistadora: Vocês faziam esse acompanhamento antes?

Entrevistada 4: A gente entrava na casa e dava para observar as coisas, esse é o problema porque agora a gente não conhece [...]

Entrevistada 3: A gente perguntava, era automático, que tipo de medicação que usa, o que eles têm, às vezes eles não sabem dizer, mas pelo tipo de medicação a gente sabe.

Entrevistada 4: As vacinas a gente pedia para olhar se estava em dia ou não estava, e se não tava a gente pedia para ir no posto.

Entrevistada 3: Tinha um diálogo, né? A gente conseguia orientar melhor.

Entrevistada 4: A gente que tinha que fazer pré-natal. A gente falava: “Olha você não foi esse mês, tem que ir”.

Entrevistada 3: É a gente faz acompanhamento de gestante, que é o mais complicado, pelo celular, pelo aplicativo.

Entrevistada 4: Se caso não desse certo, a gente ia atrás, gestante principalmente, ou criança com vacina com muito atraso.

Entrevistadora: Vocês ainda têm que fazer o papel de agente e do administrativo?

Entrevistada 3: Sim.

Entrevistada 4: Sim, o que precisa, ou quando tem que fazer alguma visita domiciliar a gente acompanha também. A gente sempre tem que acompanhar, eles não vão sozinhos.

Entrevistadora: Não tem previsão para vocês voltarem?

Entrevistada 3: A nossa preceptora do curso ela fala que eles querem, pelo que a gente entendeu, meio a meio, meio unidade, meio rua, mas isso não rola para nós, porque querer que a gente dê conta da demanda, que a gente tem na comunidade, e aqui é bem populoso, população grande e querer também que fique aqui, não dá [...]

Entrevistadora: Eu acho que é isso: assim, o geral é que eu fiquei interessada mesmo como é essa questão de agente de saúde.

Entrevistada 4: É uma função totalmente desviada.

Entrevistada 3: Essa semana chegou uma e falou: “É agente de saúde que não vai na casa”. Aí que nossa colega falou: “Tá, mas você não tá vindo aqui?” “Tá, mas vocês não são ACSs”, não sou mais agente de saúde, sou do administrativo só para a mulher parar de incomodar.

Entrevistada 4: Eles questionam?

Entrevistada 3: Questionam, tipo assim: acham que a gente não tá fazendo nosso serviço direito [...]

Entrevistadora: Mas isso a Secretaria, não sei, está tentando resolver?

Entrevistada 3: Na verdade, eles que não querem, né? Porque o que, por causa de falta de mão de obra, falta de trabalho, aí para nós sair teria que contratar administrativo, então para eles é válido.

Entrevistada 4: Porque a gente está aqui, está na administração, atendendo.

Entrevistada 3: Estamos de Severino.

Entrevistada 4: Mão de obra, é exames de sangue, tudo.

Entrevistada 3: Acolher os pacientes que chegam.

Entrevistadora: E vocês sentem que a comunidade está sentindo falta desse acompanhamento?

Entrevistada 3: Sim, de ir, conversar.

As agentes comunitárias abordam durante a entrevista sobre um curso de especialização para agentes comunitários de saúde, oferecido pelo Ministério da Saúde. Enxergam esse tipo de formação como sendo descolado da realidade que elas estão enfrentando, por conta do quadro de desvio de função das agentes de saúde na região. As duas agentes moram na comunidade há anos e mostram, pelo relato, como na vivência delas na comunidade a população sente falta da ação de agentes comunitárias diretamente nas casas e fazendo um acompanhamento mais de perto.

O cargo de agente comunitária de saúde é completamente alinhado com os princípios e diretrizes do SUS. Uma vez que trabalha diretamente no entendimento do perfil populacional que a unidade básica atende, na busca de dados e demandas da comunidade e no trabalho de prevenção e tratamento contínuo. Assim como também trabalha com a atenção a outros elementos que promovem uma saúde de qualidade, como alimentação e boas condições de vida.

Uma vez que esse cargo é desviado, todo o sistema de saúde da região perde um importante contato com a comunidade. Não é surpresa as agentes relatarem que a unidade se tornou mais uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do que necessariamente um centro de saúde, pois estão atendendo mais casos de urgência e emergência. Esse desvio de função acaba afastando a unidade de saúde da comunidade, o que, por sua vez, desvirtua os princípios do SUS.

No caso do acolhimento dos migrantes, esse distanciamento é prejudicial porque o agente que mais teria contato com essa população não faz mais esse acompanhamento. As entrevistadas relatam que a maioria das informações de vida, cultura e saúde dos migrantes é por conta de morarem no mesmo bairro, e não por conta do cargo delas.

Entrevistadora: Até essa questão dos imigrantes, se vocês estivessem fazendo o acompanhamento de perto vocês iam saber bem mais questões?

Entrevistada 3: Sim, com certeza.

Entrevistada 4: Por isso que, quando ele falou que vocês vinham, falei que o que a gente sabia é o que via no posto.

Entrevistada 3: É o que a gente vê na comunidade, pela questão de que nós moramos na comunidade.

Dessa maneira, existe um potencial dentro das unidades e um propósito nas legislações, porém, o que impede o alinhamento dessas duas coisas são a falta de investimento

e a atenção insuficientemente oferecida a essa forma de acompanhamento dentro das unidades de saúde básica na cidade de Florianópolis.

Uma outra questão que as burocratas de nível de rua enfrentam é a falta de formação adequada para lidar com atendimentos interculturais. Assim como as barreiras culturais anteriormente mencionadas, as profissionais de saúde comentam que falta uma formação continuada e especializada para que essas barreiras sejam derrubadas.

Entrevistadora: Vocês acham que é uma demanda? Ter uma formação continuada nesse sentido?

Entrevistada 3: Sim.

Entrevistada 4: Sim, teria que ter, principalmente para quem está na linha de frente aqui.

Entrevistada 3: Hoje em dia eu vejo essa questão, de um inglês, um espanhol, libras, que hoje em dia – meu deus –, segunda língua, né? Então, eu acredito que para a gente que atende a demanda na questão da saúde é fundamental ter uma boa comunicação com o outro e, queira ou não, são as barreiras.

Entrevistada 4: A gente sente muita falta deles fazer uns cursos para gente, uma coisa assim, porque eles simplesmente jogam assim e falam: “Se vira”. Então, assim, a gente não tem muito apoio nesse lado.

Em todas as entrevistas, esse assunto é comentado e todas concordam que uma formação continuada de línguas estrangeiras seria muito importante para um melhor acolhimento da população migrante. Em uma análise mais ampla, as agentes relatam não se sentirem suficientemente preparadas e instruídas para atendimentos interculturais. Sempre que perguntadas sobre o atendimento, as respostas foram: “A gente busca atender universal, atendimento independente se é brasileiro ou estrangeiros, se viesse com queixas, sintomas, suspeita de covid, ia ser atendido” (Entrevistado 1). Entretanto, mesmo havendo uma boa vontade em promover um atendimento universal, no decorrer das entrevistas, é possível notar que elas se sentem limitadas por não possuírem nenhuma instrução ou haver política específica que instrua o trabalho delas como burocratas de nível de rua.

3.2.3 Pandemia e a população de migrantes

Como já mencionado, o subprojeto aqui apresentado faz parte de um projeto geral denominado “Acesso à saúde e vulnerabilidades de migrantes internacionais no contexto de disseminação da COVID-19”. Dessa forma, fazem parte do roteiro diversas perguntas sobre migrantes e pandemia, para que fosse possível identificar possíveis fragilidades durante esse período. Em Florianópolis, houve uma situação singular, pois o fluxo de migrantes da Venezuela que vieram para a cidade por conta do processo de interiorização aconteceu em 2021, período pandêmico. Isso foi notado pelas agentes do Centro de Saúde do Novo Continente:

Entrevistadora: Legal. Vou começar perguntando um pouco sobre o que é nosso tema que é a pandemia e imigrantes. Vou começar pelos imigrantes: como você vê essa demanda aqui nesse Centro de Saúde?

Entrevistada 3: É, a gente tem muita demanda de imigrante, na época era mais haitiano e hoje a gente vê que venezuelano é muitos, cresceu muito, parece que os haitianos deram uma sumida e os venezuelanos estão assim em massa.

As mesmas agentes também comentaram como foram prejudicados os serviços não emergenciais, que pensam em saúde em um sentido de prevenção, boas condições de saúde e constante atendimento, pois as unidades de saúde tiveram que passar a atuar como Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Entrevistadora: Sobre sua rotina de trabalho, antes da pandemia, como era sua rotina? Se ela teve uma mudança durante.

Entrevistada 3: Eu acho assim, ela era menos intensa. Na pandemia, foi terrível e não só em questão de demanda de atendimentos, mas também na pressão psicológica, por ser uma doença mortal e de lá para cá não para mais: uma hora é dengue, agora é dengue, uma hora é covid, agora começa das gripes também, influenza e tal. Então, a gente não consegue mais fazer assim saúde da família, que é planejar, priorizar, trabalhar prevenção, virou UPA.

Entrevistadora: Vocês não estão mais conseguindo fazer esse acompanhamento?

Entrevistada 3: Não.

Entrevistadora: Você sentiu que antes vocês conseguiam?

Entrevistada 3: Antes da pandemia sim.

Novamente é notado um afastamento do que deveria ser a instituição mais próxima da comunidade, as unidades básicas, nesse caso, causado por uma situação emergencial, a pandemia. No entanto, as agentes mostram que essa proximidade com a comunidade ainda não foi retomada.

3.2.4 Especificidades dos Centros de Saúde

Pensar a partir de uma análise multiescalar, como a proposta por Nina Glick Schiller e Ayse Çaglar (2018), é compreender que todos os atores e instituições aqui estudados estão inseridos em um campo social o qual é multiescalar, composto por múltiplas redes que se cruzam, redes com diversos atores e instituição com poderes desiguais. Os centros de saúde aqui explorados dividem o mesmo campo social por fazerem parte do mesmo município com a mesma secretaria de saúde. Dessa forma, foi possível traçar um quadro de similaridades entre as narrativas, como foi mostrado acima.

Todavia, mesmo havendo participando do mesmo campo social e com muitas interconexões, cada centro de saúde possui atores e instituições de poder agindo de maneiras diferentes em cada uma delas. As redes se mostram diferentes. Um dos motivos para essas diferenças nas redes é a localização de cada uma das unidades. O Centro de Saúde Ingleses é localizado a pouco mais de 1 km da praia dos Ingleses, no norte da ilha e é uma das áreas

mais procuradas e movimentadas na temporada do verão (dezembro – março). As demandas da unidade mudam de acordo com o período do ano e há um recebimento de migração sazonal:

Entrevistada 2: Também tem a vacinação, o pessoal do Chile, a gente até tem paciente chileno aqui, mas o pessoal do Chile, eles vêm na temporada e eles têm muita demanda de vacina, eles falam que a vacina no Chile é caro, então eles fazem “Turismo de imunização”. Então assim, é bem comum no verão a gente receber pacientes do Chile na sala de vacinas, eles já vêm com essa ideia: “Vamos lá, porque lá é 0800”, entendeu? E lá é caro, a vacina lá, principalmente da febre amarela, eles procuram muito a vacina de febre amarela, os pacientes do Chile, a gente vacina a família inteira.

Entrevistadora: E por vocês estarem perto da praia, na temporada aumenta muito?

Entrevistada 2: Isso, na temporada a gente tem muita demanda de paciente imigrante que é bem sazonal, só naquele período, só que no ano que vem quando ele vem de novo aí já tem prontuário.

Entrevistadora: Mas aí as demandas mudam?

Entrevistada 2: Muda, aí geralmente tem a ver com questões de urgência/emergência, vômitos, diarreias, viroses do verão, principalmente as gastroenterite, que sempre tem bastante por conta da contaminação da praia. Geralmente quando tem temporada de chuva, que sobe os rios, que muitas vezes, infelizmente, estão poluídos, poluem a praia, a areia da praia e assim traz esse transtorno das gastroenterites. Então, a gente tem uma demanda bem grande de argentinos, de uruguaios, paraguaios. O que a gente percebe é que assim: o pessoal do Uruguai é difícil usar, eles têm mais recursos, pessoal argentino tem menos recurso, isso é notório. Porque os uruguaios chegam aqui e perguntam quanto que paga, quanto que custa, ou são atendidos e quando terminam o atendimento perguntam quanto custou, quanto eles precisam pagar, já os argentinos não, eles falam que já procuram porque eles querem atendimento sem custo.

A unidade tem uma alta demanda durante o período do verão, quando a dinâmica de interação com migrantes muda pelo aumento de atendimentos com migrantes sazonais que se contaminam nas praias ou que procuram a unidade para fazer a vacinação. A entrevistada explica que o sistema de saúde tem abertura para a vacinação de pessoas que não residem no país: é aberto um prontuário provisório e assim as pessoas conseguem se vacinar sem precisar de CPF ou qualquer documento nacional. O que resulta no “turismo vacinal” por parte de populações vindas de países que cobram pela vacinação. Essa procura por parte de migrantes sazonais acaba gerando outras formas de barreiras entre residentes e migrantes:

Entrevistadora: Sobre aquele momento que você estava bem na linha de frente da Covid, você tem alguma lembrança dos imigrantes dentro desse contexto?

Entrevistada 2: A gente sempre atendeu da mesma forma, não havia restrições porque era imigrante, ao contrário, às vezes eles iam no atendimento particular e depois vinham aqui fazer o teste com a gente, porque eles pagavam a consulta, mas ao não tinham para custear o teste e vinham fazer aqui. Então, o atendimento era da mesma forma, sem restrição. No início do ano passado, houve boom de novo do Covid, em janeiro, e era bem verão então a gente atendia bastante turista. Às vezes, o preconceito era mais da parte da própria população nativa, não digo nativo manezinho, digo população brasileira. Os brasileiros, às vezes, ficavam revoltados que tinha uma demanda grande de turistas e atrapalhava o atendimento deles, mas enquanto profissional de saúde ninguém fazia distinção, a gente atendia igual, abria prontuário igual para que tivessem garantia de atendimento. Porque sim, queira ou não, o turista vem de biquíni, vem do jeito que ele tá, e o trabalhador vem do jeito que ele tá, com seu uniforme de trabalho. Inclusive precisa do atendimento para dar

uma resposta para o padrão, com atestado e, às vezes, se revolta porque tem turista sendo atendido. Mas enquanto profissional não havia distinção em relação a isso, a gente atendia todo mundo da mesma forma e com a mesma capacidade

Os turistas, aqui tratados como migrantes sazonais, provocam nessa unidade uma mudança de atendimento e da relação intercultural durante a temporada de verão todos os anos. Dessa forma, é uma rotina que muda de acordo com os meses do ano. Essa especificidade é, em partes, levada em conta pelo município, pois a interlocutora relata que existe a chamada “Operação Verão”: mais profissionais são contratados e os dias e horários de atendimento são aumentados. Porém, novamente, não há em nenhum momento uma preocupação com o recebimento de migrantes, mesmo os sazonais. A cidade vendida como mercadoria tem seus resultados muito claro nesse período do ano, mas as consequências disso na saúde não são inteiramente consideradas.

O Centro de Saúde Canasvieiras fica a 3 km da praia de Canasvieiras, também no norte da ilha, do lado de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e do Terminal de Integração de Canasvieiras de ônibus urbano. Contudo, mesmo se tratando de uma unidade litorânea, a principal especificidade de demanda apontada pelos interlocutores está ligada a outra forma de migração sazonal, o atendimento de mulheres russas durante o período gestacional:

Entrevistador: Vocês identificam alguma demanda mais frequente com relação a essa população estrangeira que vocês atendem aqui?

Entrevistada 1.1: Olha os russos são a maioria neonatal, acompanhamento de gestação. O restante do pessoal a gente já atende normalmente, atendimento de rotina porque já estão morando aqui a maioria, então é consulta de rotina.

Entrevistado 1: Não tem diferença no atendimento?

Entrevistada 1.1: Só os russos que a gente vê que a maioria vem para pré-natal e some.

Entrevistadora: Você vê alguma diferença durante o pré-natal, que os russos buscam, algum atendimento?

Entrevistada 1.1: Eles acham que é tudo pago, né? Eles têm essa questão que acham que tudo é pago. Às vezes, eles perguntam: “Isso é de graça?”, “Quanto custa?”, aí a gente só explica a situação, que é tudo gratuito, eles têm essa educação de que tudo tem que pagar.

Entrevistada 1.2: Muitos vêm com a questão, da minha experiência nos Ingleses no estádio [período pandêmico], as russas principalmente com a questão da vacina, elas não aceitam vacinação. Delas principalmente, a gente tem toda essa vacinação no Brasil para gestante e elas não aceitam, os bebês alguns até vacinam.

Entrevistada 1.1: É que é muito estranho, a gente não vê depois eles retornando para dar continuidade, passa o pré-natal, passa o nascimento, faz teste do pezinho.

Entrevistada 1.2: E some.

Entrevistadora: Não fazem um acompanhamento depois do nascimento?

Entrevistada 1.1: Não, o restante da população sim, mas eles ali é uma coisa bem peculiar.

Os dados disponibilizados pelo ICOM (2022) mostram uma presença significativa de pessoas vindas da Rússia em Florianópolis, um dado de destaque se comparado com o resto do país e do estado. Porém, a partir da narrativa dos entrevistados é possível compreender

mais detalhes sobre esse dado quantitativo. Essa migração sazonal mostrou possuir um objetivo específico: passar o período gestacional e realizar o parto no Brasil, na cidade de Florianópolis. Mesmo se tratando de uma situação muito particular, ela causa uma interação intercultural significativa, e constante por um período, entre dois atores sociais de culturas e línguas completamente diferentes.

Por fim, o Centro de Saúde do Novo Continente é o único das três unidades aqui analisadas que não se destaca por ser próximo de algumas das praias mais famosas. O destaque dessa unidade é o fato de ela estar a menos de 2 km da ponte Hercílio Luz, em um dos poucos bairros da parte continental do município. Magalhães e Tonin (2015) mostram como essa região é marcada pela presença da população expulsa dos centro, área que enfrentou reforma higienista e elitista. Desse modo, nessa região há uma grande presença de migrantes que estão na cidade por questões laborais e que possuem moradia fixa na cidade:

Entrevistada 3: A gente até tem agendado gestantes, mas é uma coisa que é muita situação que aparece que deveria ser no hospital e estão aqui e mesmo a gente não tendo suporte para isso.

Entrevistadora: Vocês acreditam que é porque eles têm mais contato com o posto aqui?

Entrevistada 4: É porque é mais perto, para não precisar gastar com transporte, tanto ônibus quanto Uber.

Entrevistada 3: E o atendimento também bem demorado nos hospitais, muita gente.

Entrevistada 4: Também tem uma confiança, já pegam uma confiança nos profissionais. Depois deles pegarem confiança preferem vir aqui.

Entrevistadora: E vocês que estão acompanhando, sabem quais são os motivos que os imigrantes estão morando aqui? Se é por trabalho?

Entrevistada 4: Vem bastante gente morar aqui.

Entrevistada 3: A maioria vem por trabalho.

Entrevistada 4: Mas eu digo que moram.

Entrevistadora: Sim, que moram.

Entrevistada 4: Sua pergunta foi se eles moram ou se eles trabalham?

Entrevistadora: Se os que moram aqui, que tem acompanhamento pelo posto, vocês sabem os motivos do porquê eles migraram?

Entrevistada 4: Sim, por causa de serviço, porque lá não tem. “Pouca mão de obra” eles falam.

Entrevistada 3: Teve aquela crise na Venezuela [...]

Entrevistada 3: Bastante, quando você vai fazer cadastro aqui, pouquíssimos são de Florianópolis, é tudo de fora [...]

Entrevistada 4: “Pessoal daqui escolhe serviço” a gente fala. O pessoal daqui mesmo eles escolhem, tipo que não querem trabalhar final de semana, não querem fazer isso, fazer aquilo e eles quando vêm eles pegam qualquer coisa. Então, é onde eu acredito que eles conseguem mais fácil o serviço. “Ah, tá precisando?” eles não pensam duas vezes. Eles pegam e deu. E aqui é muito de escolher, né? Os moradores daqui mesmo, claro que quem tá passando fome vai pegando o que tem, mas a maioria escolhe, e eles pegam. Eles vêm para cá com o objetivo de pegar meio o que encontrarem, obras também a gente vê.

Entrevistada 3: Muito, eles também pegam muito em mercado, né? Principalmente haitiano, a gente vê que por mais que tenha a dificuldade com a língua e o venezuelano também, como eles pegam em comércio. Não digo que eles vão lidar direto com o público, mas é como a gente vê.

Entrevistada 4: Sim, lá naquele “Tudo Dez” tem bastante.

Essa unidade foi a que mais relatou sobre a presença de uma população migrante que possui moradia fixa e que possui trabalhos, em alguns casos, precarizados. Os migrantes narrados pelas agentes de saúde deste centro de saúde possuem o perfil mais parecido com os dados do ICOM (2022): um fluxo de pessoas vindas do Haiti antes da pandemia e de pessoas vindas da Venezuela durante e após. Também mostra as especificidades da população que recebe salários baixos ou que se enquadram nos 46,20% da população migrante que vive em situação de pobreza ou extrema pobreza, visto que, em alguns momentos da entrevista, elas relatam saber de muitos migrantes que usam o posto que dividem *kitnets* em sete pessoas por questões financeiras.

A questão dos trabalhos precarizados também aparece quando as agentes comentam que os migrantes vêm para ficar com os trabalhos que não migrantes não querem. A entrevistada fala de uma perspectiva de que os não migrantes “escolhem” muito enquanto os migrantes “pegam o que tem”, o que está relacionado aos trabalhos que oferecem pouca remuneração ou com condições de trabalho muitas vezes insalubres. Os dados do ICOM (2022) mostram que, mesmo empregados, a média de salários dos migrantes é muito baixa e não condiz com o grau de instrução que possuem.

Portanto, é possível notar como mesmo pertencendo ao mesmo campo social, com muitas interconexões e interferência de diversas instituições e poderes em comum, as três unidades são atingidas de formas muito diferentes de acordo com a sua localização no município. A venda das praias como paraísos para migrantes somada à expulsão das populações mais pobres, inclusive refugiados, para fora da ilha, como mostrou Magalhães e Tonin (2015), é refletida no dia a dia dos acolhimentos de migrantes na cidade de Florianópolis. O fenômeno da migração e saúde em relação às cidades é bastante complexo e apresenta tantos atravessadores que nem mesmo dentro de um mesmo município é possível dizer que os processos migratórios são homogêneos.

CONCLUSÃO

O trabalho aqui exposto pretendeu dar conta de um fenômeno complexo, que envolve migração, saúde e território. A cidade de Florianópolis, nesta pesquisa, foi analisada a partir de todo o material teórico e documental que mostra como os migrantes atuam para obter acesso à saúde, em um nível nacional, estadual e municipal. De modo específico, procurou-se mostrar como os migrantes nacionais, e principalmente os internacionais, são recebidos na cidade a partir dos relatos de profissionais de saúde que convivem e acolhem cotidianamente essa população.

Florianópolis é um município que, de acordo com os dados oficiais, recebe uma grande população externa, uma vez que 52,18% (FIBGE, 2015) é composta por pessoas não naturais da região. Ao mesmo tempo em que constantemente promove um marketing atrativo de belas praias e segurança (Magalhães; Tonin, 2015), se destaca por ser um dos poucos municípios com uma legislação própria e um centro especializado de acolhimento para população migrante.

Apesar disso, entendendo que questões históricas, políticas, econômicas e culturais de uma cidade influenciam em como ela se relaciona com a população que migra (Schiller; Çaglar, 2011), a história de Florianópolis é de acolhimento para alguns e expulsão para outros se se trata de migração. Para os 46,20% da população migrante que vive em situação de pobreza ou extrema pobreza, ou para os 79,97% dos migrantes empregados com trabalhos formais que recebem entre 1 e 2 salários, o cenário é de exploração de trabalho e moradias precárias.

Toda a bibliografia sobre migração aqui utilizada atenta para o fato de que a experiência migratória é heterogênea, e a análise aprofundada da situação de Florianópolis mostrou que, quando se trata de acolhimento dos migrantes nos postos de saúde, essa proposição também é verdadeira. Ao ser analisada de forma multiescalar, considerando as interferências e especificidades de cada unidade de saúde em relação à sua posição no município, é possível compreender as diferenças e similaridades.

Nas três entrevistas realizadas, em centros de saúde diferentes, foi possível notar três formas de migração: 1) Migração sazonal em período de férias a qual leva a um preconceito da população não migrante e quando acontece o “turismo de vacinação”; 2) Migração sazonal de gestantes russas para terem filho na cidade de Florianópolis; 3) Migração laboral que inclui um cenário de trabalhos com baixa remuneração.

Assim sendo, a contribuição desse estudo para a pesquisa nacional da qual ele faz parte é a conclusão de que a cidade de Florianópolis possui uma antiga história com a população migrante, que estava sendo ignorada, mas que está ganhando destaque nos últimos anos devido à chegada de novos fluxos migratórios. É um momento de mudança no contexto urbano da cidade, que aprovou novas leis e reabriu centros especializados para atender essa nova população. No entanto, o cenário que está se mostrando no acolhimento dos migrantes nos centros de saúde reflete a estrutura da cidade, o que gera uma experiência heterogênea para a qual os burocratas de nível de rua não estão preparados para atender. Esses agentes, ao invés de receberem instruções por meio de formações continuadas, cada vez mais têm suas

funções desviadas e precarizadas, o que conseqüentemente faz com que o serviço público perca grande potencial para os acolhimentos.

Partindo da compreensão de Nina Glick Schiller e Ayse Çağlar (2018) de que a população migrante reconstitui cidades, é possível concluir que, na cidade de Florianópolis, os novos fluxos migratórios já estão provocando mudanças urbanas, as quais estão sendo notadas pelas instituições públicas, como foi possível observar pela criação de leis e centros especializados de acolhimento. No entanto, nas unidades de saúde, essa nova configuração urbana ainda não está sendo levada em conta, prejudicando o acolhimento dos migrantes nos centros de saúde.

Por fim, o acolhimento dos migrantes nos centros de saúde na cidade de Florianópolis reflete a maneira como a cidade é estruturada. Trata-se de um projeto de urbanização elitista, marketing de venda da cidade, profissionais da saúde desamparados e uma exploração trabalhista, o que causa uma recepção heterogênea dessa população, com diferentes fenômenos migratórios acontecendo nos diferentes bairros pesquisados.

REFERÊNCIAS

Área da unidade territorial: Área territorial brasileira 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023

BOURDIEU, Pierre; CHAMBORDERON, Jean-Claude.; PASSERON, Jean-Claude. **Ofício de Sociólogo**: metodologia da pesquisa na sociologia. Trad. Guilherme J. de Freitas. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

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

BRASIL. Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 de maio de 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. Lei no 8.080/90. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990a.

BRASIL. Lei n. 8.142/90. Brasília: **Diário Oficial da União**, 1990b.

COVIELLO, Denise Martin; SILVEIRA, Cássio (org.). **Relatório Parcial: Acesso à saúde e vulnerabilidades de migrantes internacionais no contexto de disseminação da COVID-19**: uma pesquisa interinstitucional em rede colaborativa. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2023.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021, e00321153. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00321

FLORIANÓPOLIS, Prefeitura. **Plano Municipal de Saúde: 2022-2025 Resumo Executivo**. [s.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/sites/psms/PMS_pdf/Resumo%20executivo%20PMS%202022-25_FINAL.pdf. Acesso em: 15 maio 2023.

GONDIM, GM de M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-255, 2008.

GOULARTI, Juliano Giassi. Migrações, desruralização, urbanização e violência em Santa Catarina. **Revista Necat**: Revista semestral do Núcleo de Estudos de Economia Catarinense, Florianópolis, v. 7, n. 4, p. 55-74, jan. 2015.

GRANADA, D.; CARRENO, I.; RAMOS, N.; RAMOS, M. C. P. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 285-296, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200285&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2023.

GRANADA, Daniel; DETONI, Priscila Pavan. Saúde e migrações no Sul do Brasil: demandas e perspectivas na educação em saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 1-21, out. 2021. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310405>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/physis/a/6jbdHMM4DPGxjNBmXhjW3ms/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2023.

GRANADA, Daniel et al. A pandemia de covid-19 e a mobilidade internacional no Brasil: desafios para a saúde e proteção social de migrantes internacionais em tempos de incertezas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 30, n. 1, p. 1-18, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702023000100033>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/NrkLNHknL87pScvtpccyDdP/?lang=pt>. Acesso em: 5 ago. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

ICOM, Instituto Comunitário Grande Florianópolis. **Sinais vitais: migração internacional 2021/2022**. Florianópolis. 2022. Disponível em:
https://www.icomfloripa.org.br/wp-content/uploads/2023/02/SV_Migracao_Internacional-Digital.pdf. Acesso em: 12 maio 2023.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM): Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, 2010.

IMDH. **Migrações, Refúgio e Apatridia: Guia para Comunicadores**. 1 ed. 2019. Disponível em:
https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/05/Migracoes-FICAS-color_FINAL.pdf Acesso em: 20 abr. 2023.

LIPSKY, Michael. O papel crítico dos burocratas de nível de rua. *In*: Michael Lipsky. **Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos**; Trad.: Arthur Eduardo Moura da Cunha. 30ª Ed. Brasília: Enap, 2019. p. 37 -54.

LOTTA, Gabriela. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. *In*: Gabriela Lotta (org.). **Teoria e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019. p. 11 - 38.

LOTTA, Gabriela. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 21, supl.1, p.210 - 222, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/FSXpnft7s6NyFzzKqjYFK/>. Acesso em: 25 abr. 2023

MAGALHÃES, Luís Felipe Aires; TONIN, Vitor Hugo. Segregação socioespacial na grande Florianópolis: Alguns apontamentos históricos e estatísticos. **Revista Necat: Revista semestral do Núcleo de Estudos de Economia Catarinense**, Florianópolis, v. 7, n. 4, p. 75-90, jan. 2015.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Epsjv/Fiocruz, 2007. p. 61-80. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39223>. Acesso em: 30 out. 2023.

MARTIN, Denise; GOLDBERG, Alejandro; SILVEIRA, Cássio. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 26-36, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170870>.

OIM, Brasil. Estratégia de interiorização no Brasil: Esperança e novas oportunidades para venezuelanos. **OIM - ONU Migração, Brasil**. 2023. Disponível em: <https://brazil.iom.int/pt-br/stories/estrategia-de-interiorizacao-no-brasil-esperanca-e-novas-opportunidades-para-venezuelanos>. Acesso em: 23 nov. 2023

OIM, Brasil. Painel de Monitoramento da Estratégia de Interiorização do Governo Federal. **OIM - ONU Migração, Brasil**. 2023. Disponível em: <https://brazil.iom.int/pt-br/painel-da-estrategia-de-interiorizacao-do-governo-federal>. Acesso em: 31 jul. 2023.

RICHARDSON, Roberto Jarry *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. 14. reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.

SANTA CATARINA. Lei Estadual nº 18.018, de 13 de outubro de 2020. Institui a Política Estadual para a População Migrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias no Estado de Santa Catarina. **ALESC/GCAN**, 13 out. 2020.

SCHILLER, Nina Glick; ÇAGLAR, Ayse. Downscaled Cities and Migrant Pathways: Locality and Agency without an Ethnic Lens. *In: Locating Migration: Rescaling Cities and Migrants*. Cornell University Press. 2011.

SCHILLER, Nina Glick; ÇAGLAR, Ayse. **Migrants & city-making: Dispossession, displacement & urban regeneration**. Durham: Duke University Press, 2018.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do sistema único de saúde (brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000600014>.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO

I – Dados sociodemográficos e condições socioeconômicas

1. Como posso te chamar? (Considerar nome fictício se a pessoa preferir)
2. Onde você nasceu? País, cidade.
Para migrantes: Há quanto tempo vivem no Brasil?
3. Qual a sua idade?
4. Como você se identifica em relação à Cor (autorreferida) e Sexo/Gênero (feminino/masculino/outros)?
5. Religião: (se frequenta alguma, qual e se é praticante)
6. Onde você mora atualmente? Há quanto tempo? (*Verificar mudança em função da pandemia*)

7. Com quem mora atualmente? Quantas pessoas moram na sua casa? Quem são?
(Explorar alterações em função da pandemia)

II - Ocupação e cotidiano laboral com migrantes

8. Qual a sua formação profissional e ocupação? (explorar área de formação, nível, cursos).
9. Vínculo de trabalho (estatutário, celetista, cargo comissionado, contrato temporário, chamamento público, entre outros).

Para as perguntas a seguir explorar como era antes e o que ocorreu durante a pandemia

10. Conte-me sobre o serviço/instituição em que trabalha e como funciona.
11. Qual a sua atividade aqui no(a) _____ (Local de trabalho)? (explorar há quanto tempo trabalha no local, se já trabalhou em outros locais semelhantes, diferenças e similitudes na atividade profissional com outros locais).
12. Como é a presença de pessoas imigrantes e refugiadas no serviço? (explorar quem são, se são identificadas diferenças com pessoas refugiadas, as nacionalidades e cidades de origem no Brasil daqueles que mais frequentam, tipos de atendimento que demandam).
13. Qual era a sua rotina de trabalho com migrantes antes da pandemia e como está atualmente? (explorar o contexto anterior e atual, a rotina, contato com profissionais de diferentes áreas, perguntar sobre situações comuns e extraordinárias e sobre como são as abordagens).
14. Conte-me sobre as demandas em saúde mais frequentes na sua prática profissional entre pessoas imigrantes e refugiadas (explorar problemas frequentes, queixas, sintomas relatados, como identificam etc.)
15. Como estas pessoas chegam aqui ao serviço/à instituição? (Investigar se por encaminhamento de associações, por conta própria, com familiares, amigos...).
16. E como foi o acesso de imigrantes desde o início da pandemia?
17. Há dificuldades no atendimento a esta população? Se sim, de que natureza? (explorar desde diferenças linguísticas até concepções sobre o cuidado, saúde, doença, autocuidado...)
18. Há diferenças nas estratégias de cuidado entre as pessoas nacionais e as pessoas imigrantes e refugiadas que chegam ao serviço? Se sim, como são? Há diferenças específicas com pessoas refugiadas? Desde quando as pratica? (Explorar vulnerabilidades e abordagens específicas.)

19. Como os usuários imigrantes/refugiados entendem o SUS?

III– Modos de vida de migrantes no Brasil durante a pandemia de Covid-19

Introduzir ao participante que as perguntas a seguir se referem à percepção dele e informações que teve acesso sobre o cotidiano de migrantes

20. Como os migrantes com quem trabalha souberam da pandemia por Covid? Como se informaram (tv, redes sociais, amigos, posto de saúde, etc)?
21. Para eles, como é transmitida a Covid-19?
22. Como você acha que a pandemia afetou as vidas deles? (*Explorar considerando a rotina, moradia, familiares, amigos, trabalho, violência doméstica, insegurança alimentar, desemprego, etc.*)
23. Você soube de alguma precaução que adotaram para não se contaminar por Covid-19?
(*Explorar se houve possibilidade de isolamento social, uso de máscaras, higienização, sabonetes, etc.*)
24. Você soube de migrantes que tiveram Covid-19? O que fizeram para tratar a doença? (*Levantar informações sobre os percursos; da percepção sobre os sintomas, passando pelo percurso nos serviços de saúde, até o restabelecimento da saúde; em qual serviço de saúde obtiveram medicamentos, ou se obtiveram medicamentos em outros tratamentos que não os convencionais.*)
25. Houve necessidade de internação, como foi a busca pelo cuidado e o atendimento? O paciente estava acompanhado? Como chegou (*meio de transporte – SAMU, táxi, carro*) ao hospital? Quem informou que teria que internar? Teve que tomar medicamentos? Sabe quais procedimentos que os médicos fizeram? Como foi a evolução? (*recuperação, consequências, sequelas, morte, comunicação de morte, luto, encaminhamentos dos procedimentos.*)
26. Como os migrantes lidaram com a vacinação para Covid-19? Eles procuram e têm tomado a vacina? Como tiveram informações sobre a vacina? (*Verificar se foi via ACS, mídia, conhecidos, ongs, igrejas, família...*)

IV - Acesso à proteção social e equipamentos/recursos de acolhimento, trabalho, renda, moradia e políticas públicas voltadas para a população migrante

27. Você conhece organizações de apoio aos migrantes ou outras organizações? Quais são? Frequenta ou frequentou? No que ajudam a vida do migrante no Brasil? Sabe se deram algum apoio durante a pandemia?

(Saber quais são essas organizações e se ainda procuram; explorar as redes de proteção social fora do aparato governamental: igrejas, coletivos, instituições de referência de migrantes e da sociedade civil; levantar nomes destas organizações e se ainda recorrem às mesmas atualmente.)

28. Você conhece políticas de proteção social a pessoas imigrantes e refugiadas? Se sim, quais?
29. Como os migrantes entendem as políticas de proteção social?