

**Migração haitiana e direitos humanos: o acesso à saúde pública em região de fronteira
no Brasil**

Haitian migration and human rights: access to public health in a border region in Brazil

**Migración haitiana y derechos humanos: el acceso a la salud pública en la frontera en
Brasil**

Recebido: 30/05/2019 | Revisado: 05/06/2019 | Aceito: 10/06/2019 | Publicado: 14/06/2019

Anaxsuell Fernando da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8830-0064>

Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Brasil

E-mail: anaxsuell.silva@unila.edu.br

James Berson Lalane

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5852-7847>

Universidade de São Paulo (USP), Brasil

E-mail: jamesberon17@yahoo.fr

Resumo

Neste trabalho objetivamos problematizar o tema da desigualdade social expressa cotidianamente como uma desigualdade em saúde. De maneira mais precisa, a pesquisa se insere em uma região da América do Sul conhecida como tríplice fronteira latino-americana, local de intenso fluxo migratório. Locus privilegiado para discutir as relações entre migrações e saúde. Neste contexto geográfico, pretendemos discutir a relação entre migração – especificamente, migração haitiana em contexto de região de fronteira no Brasil – e saúde pública. Para tanto, conduziremos a discussão na perspectiva de acesso à saúde como direito humano à todas as pessoas e dever do Estado. Faremos isso com um aporte teórico-metodológico das Ciências Sociais da Saúde, associado a um trabalho de campo que incluiu levantamento de dados quantitativos e qualitativos. A exposição destes dados, nos permite argumentar que o gozo dos direitos humanos é permitido a toda população fronteiriça, contudo estrangeiros residentes no Brasil, ainda que legalizados, não tem usufruto dos direitos na mesma proporção que os nacionais. Tal percurso analítico nos leva a conclusão, neste artigo, que os agentes da gestão, na região de fronteira, têm utilizado a estratégia de tensionamento da população local com os estrangeiros que utilizam o serviço público de saúde derivando numa desigualdade em saúde.

Palavras-chave: Migração; Saúde; Desigualdades.

Abstract

This work seeks to problematize social inequality expressed daily as an inequality in health. More precisely, it is inserted in a region of South America known as the triple Latin American border, a place of intense migratory flow. A privileged locus for discussing relations between migration and health. In this geographic context, the objective is to discuss migration - more specifically, Haitian migration in the context of border region in Brazil - and public health. To do so, we will conduct a discussion in the perspective of access to health as a human right for all people and the duty of the State. Discounts of quantitative and qualitative data. And through the dissemination of data, we will argue that the enjoyment of human rights is allowed in the entire border population, yet non-legalized foreigners residing or domiciled in Brazil (even legalized), does not enjoy rights in the same proportion as nationals.

Keywords: Migration; health; inequality.

Resumen

En este trabajo tenemos como objetivo problematizar el tema de la desigualdad social expresa cotidianamente como una desigualdad en salud. De manera más precisa, la investigación se inserta en una región de Sudamérica conocida como triple frontera latino-americana, lugar de intenso flujo migratório. Locus privilegiado para discutir las relaciones entre migraciones y salud. En este contexto geográfico, pretendemos discutir la relación entre migración – específicamente, migración haitiana en contexto de región de frontera en Brasil – y salud pública. Para tanto, guiaremos el debate en la perspectiva de acceso a la salud como derecho humano para todas las personas y deber del Estado. Para hacerlo, utilizaremos como aporte teórico- el método de las Ciencias Sociales de la Salud, asociado a un trabajo de campo que incluyó levantamiento de datos cuantitativos y cualitativos. La exposición de estos datos, nos permite argumentar que el goce de los derechos humanos es permitido a toda población de la frontera, sin embargo, extranjeros residentes en Brasil, aunque que legales, no tienen acceso a los derechos igual que los nacionales. Tal percurso analítico nos lleva a la conclusión, en este artículo, que los agentes de gestión, en la región de la frontera, vienen utilizando la estrategia de creación de conflictos entre la población local y los extranjeros que utilizan el servicio público de salud provocando una desigualdad en salud.

Palabras clave: Migraciones; Salud; desigualdad.

1. Introdução

Estima-se que até 2030, as cidades pertencentes ao que se acostumou chamar de mundo em desenvolvimento acolham 80% da população urbana. Em razão disto, vários organismos internacionais – tais como a Organização Mundial de Saúde – dedicam suas preocupações aos mecanismos de inclusão, bem-estar e qualidade de vida nestas cidades. Neste contexto, considerada um dos maiores desafios globais da contemporaneidade, a migração internacional se impõe como urgente fonte de reflexão. Há um reconhecimento da necessidade de compreensão dos deslocamentos populacionais e das suas implicações, seja para os locais de acolhimento, trânsito e origem, seja para as populações, migrantes e autóctones (Carballo e Nerukar, 2001; IOM, 2003)

É importante ressaltar que ao longo da história da humanidade o deslocamento de pessoas dentro e fora dos países não é um tema novo. Contudo, nos últimos anos, as dificuldades em torno deste fenómeno têm sofrido alterações associadas às rápidas mudanças ambientais, demográficas, socioeconômicas e políticas (Levitt e Jaworsky, 2007).

A migração impõe significativos desafios à Saúde Pública, os quais correspondem à complexidade dos determinantes sociais em saúde dos imigrantes, associado à falta de informações quantitativas e qualitativas, nacionais e internacionais, a respeito da interface entre saúde e migração nos mais diferentes contextos. De maneira que podemos partilhar do diagnóstico de que a investigação neste campo temático é, ainda, muito incipiente (Maggi e Cattacin, 2003; McKay, 2003).

Há esforços no sentido de compreender como os determinantes socioeconômicos impactam a relação entre migração e vulnerabilidade no que diz respeito à saúde (Reijneveld, 1998). De maneira geral, a literatura especializada tem apontado que imigrantes vivenciam piores condições de vida do que as populações locais dos países de acolhimento. Some-me a isto o fato de que frequentemente estes residem em zonas degradadas com reduzidas ofertas de serviços de saúde, em condições habitacionais deficitárias e sem infraestrutura básica. No que tange ao aspecto laboral, a atividade habitualmente desempenhada por migrantes inclui ambientes ou condições insalubres. E, estas situações estão muitas vezes associadas a um estatuto de irregularidade, tornando os imigrantes mais vulneráveis à exploração laboral e os limita no exercício dos seus direitos (Wolffers, 2003).

2. Metodologia

Este trabalho pretende se colocar nesta lacuna e objetiva discutir a relação entre migração – de maneira mais específica, migração haitiana em contexto de região de fronteira no Brasil – e saúde pública. Para tanto, conduziremos a discussão na perspectiva de acesso à saúde como direito humano à todas as pessoas e dever do Estado¹. Apresentaremos resultados iniciais de uma pesquisa “saúde e migração: acesso de estrangeiros ao SUS nas cidades de fronteira”², aqui, fornecendo maior ênfase ao caso de migrantes haitianos na região trinacional e a percepção destes ao acesso às unidades de saúde na região. Faremos isso com um aporte teórico-metodológico das Ciências Sociais da Saúde, associado a um trabalho de campo etnográfico que incluiu levantamento de dados quantitativos e qualitativos. A exposição destes dados, nos permite argumentar que o gozo dos direitos humanos é permitido a toda população fronteiriça, contudo estrangeiros residentes no Brasil, ainda que legalizados, não tem usufruto dos direitos na mesma proporção que os nacionais.

Migração e Saúde: anotações para uma abordagem sócio histórica

A Organização Mundial de Saúde em parceria com a UNICEF³ realizou, em setembro de 1978, a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade Alma-Ata, capital do Cazaquistão. Este evento foi acompanhado de perto por mais de 700 representantes de diferentes nações e resultou na adoção de uma Declaração a qual reiterou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais.

Naquela ocasião, a referida declaração expressa, em termos vigorosos, valores como a equidade na saúde, o acesso universal e a saúde como um direito fundamental do ser humano, independentemente do país de residência, sexo, status social e identidade cultural. Comensurou-se que a promoção e proteção da saúde dos povos em toda sua diversidade seria essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição *sine qua non* para a melhoria da qualidade de vida. A chamada lançada em Alma-Ata tornar-se-ia um marco fundamental e representaria um ponto de partida para outras iniciativas posteriores.

¹ Cf. DALLARI, 2003.

² O referido projeto acontece no âmbito da Universidade Federal da Integração Latino-Americana e conta com o apoio da Fundação Araucária na concessão de bolsas de IC.

³ United Nations International Children's Emergency Fund

Anos mais tarde, na ânsia de promover a saúde dos migrantes, os Estados, adotam em 2008, durante a sexagésima primeira Assembleia Mundial da Saúde a resolução 6117, que versa sobre saúde dos migrantes. Em março de 2010, a OMS, a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e o Ministério da Saúde e Serviços Sociais do governo espanhol realizaram em Madrid (Espanha) uma consulta global sobre saúde dos migrantes para implementar esta resolução. As seguintes prioridades políticas foram trabalhadas:

1. Acompanhamento da saúde dos migrantes: garantir normalização e condições de comparação entre os dados a respeito da saúde dos migrantes. Além de facilitar a ventilação e consolidação destas informações conforme apropriadas.
2. Os enquadramentos políticos e legais: adoptar leis e práticas que respeitem as nacionais. O direito de migrantes para saúde, de acordo com as leis e normas internacionais, implementar políticas nacionais que promovam a igualdade de acesso dos migrantes aos serviços de saúde, a extensão da proteção social em saúde e melhor a segurança social para todos migrantes.
3. Os sistemas de saúde que respondam as necessidades dos migrantes, garantir que os serviços saúde oferecido aos migrantes são adaptadas linguística e culturalmente, fortalecer a capacidade dos profissionais de saúde e outros para responder as perguntas saúde associados com a migração, fornece uma abrangente, coordenado e financeiramente serviços viáveis que incluem migrantes.
4. Parcerias, redes e executivos de multinacionais: promover a cooperação e fronteira e colaboração intersetorial no campo da saúde dos migrantes. (OMS, 2010, p. 12)

Outro relatório, este publicado pela Organização Internacional para as Migrações (OIM) em 2013, afirma que muitos levantamentos internacionais realizados desde os anos 1990 mostram que uma vez chegado aos países de acolhimento, o migrante enfrenta vários obstáculos para permanecer saudável e que sua vantagem de saúde inicial tende a se dissipar ao longo do tempo⁴. De acordo como o documento em questão, há várias explicações para

⁴ De maneira geral, as pesquisas têm indicado ser a população que migra, no momento de chegada nos países acolhedores, a mais saudável. Mais tarde, estes grupos migrantes poderão estar mais vulneráveis à doença pelos riscos para a saúde e bem-estar a que estão expostos nos países receptores (Kandula, 2004).

este fenômeno, algumas delas já apontadas nas linhas iniciais deste texto. Primeiramente, os migrantes vivem em condições socioeconômicas geralmente mais precárias no país de acolhimento. As condições de trabalho são mais árduas, as taxas de desemprego mais elevadas, vivem em piores condições de moradia e, com níveis salariais mais baixos. Além disso, eles são frequentemente mais sujeitos ao isolamento e a perda de sua rede social, que são fatores conhecidos por estarem associados com pior estado de saúde. (OIM,2013)

Outro fator complicador é o acesso aos serviços de saúde e assistência, que também é dificultado. Por causa das barreiras linguísticas e culturais, os migrantes têm menos conhecimento dos sistemas de saúde, o que gera falta de acesso à cobertura de saúde. E isso é acentuado pelos fenômenos de discriminação e xenofobia contra os estrangeiros nos países de acolhimento - incluindo em atendimento nos serviços de saúde. (OMS,2010)

Por esses motivos, o impacto da migração na saúde pública está atraindo interesses renovados (OIM, 2013). Migrantes podem sofrer múltiplas formas de discriminação, violência e exploração que terão um impacto direto sobre a sua saúde física e mental. As formas de discriminação são obstáculos para a realização do direito à saúde e outros direitos dos migrantes.

No que tange aos estudos empreendidos no Brasil, não se pode dizer que as relações entre saúde e imigração sejam temas novos. O país recebe fluxos de imigrantes desde a sua constituição enquanto estado nacional. No final do século XIX, houve o período mais intenso de chegada de imigrantes no país, com destaques numéricos aos portugueses, italianos e espanhóis. Estes vinham para realizar a substituição da força de trabalho escravo e consolidar o projeto de “branqueamento” da jovem república brasileira (Cf. Skidmore, 1989; Seyferth, 1996). A Imigração japonesa também começava a se fixar neste território a partir do início do século XX. A estimativa feita é que o Brasil acolheu cerca de 4,4 milhões de pessoas, vindas, sobretudo, de Portugal, Itália, mas, também, da Espanha, Japão e Alemanha, além de outros países durante o período entre o final do século XIX e início do século XX (Cf. Levy, 1974).

Pesquisas no âmbito da Antropologia e da História já discutiram, largamente, questões associadas às ideias sobre o “branqueamento” da população brasileira através da mistura das populações locais e aquelas de origem africana, com grupos populacionais caucasianos de origem europeia, objetivando a melhoria da “raça” (Cf. Schwarcz, 1995). As propostas relacionadas ao “branqueamento” eram fundamentadas em princípios evolucionistas e dos determinismos raciais. Elas partiam de uma assertiva: a miscigenação

não produziria “degenerados”, mas uma população mestiça, que teria a capacidade de se tornar cada vez mais branca tanto fisicamente quanto em termos culturais e assim conduzirmos ao progresso.

A imigração branca, portanto, teria como efeito assegurar a predominância dos brancos e fortalecer a salubridade da população brasileira por intermédio da mistura. As concepções científicas da época sustentavam a análise de que haveria uma diminuição da população negra com relação à branca por motivos associados: à suposta baixa fertilidade dos negros e mulatos, suposta inferioridade intelectual, e uma maior incidência de doenças sobre esta população.

Assim, questões relacionadas à saúde e sua interface com a imigração fazem parte do debate público no país, ao menos, desde meados do século XIX, e estava intimamente associada à própria formação nacional e as construções de políticas de saúde. A ciência médica nacional apoiava as propostas de fomento da imigração por meio de um viés higienista e racista.

Migração e Saúde pública na região de fronteira

Na região tríplice fronteira, onde Brasil, Argentina e Paraguai dividem seus territórios, há um contingente populacional cuja história social é marcada historicamente por contatos interculturais que permitem pensar os mecanismos de interação social e relações interétnicas. Parte significativa dos habitantes dessa região fronteiriça é fruto de fluxos migratórios, sejam eles originados por questões econômicas, étnicas, religiosas e/ou políticas (Cf. Silva, 2016; 2019).

Ainda que haja, no Brasil, do ponto de vista estritamente geográfico, nove regiões fronteiriças as quais dividem território com outros dois países. O espaço territorial sob a qual nos debruçamos se tornou a mais conhecida Tríplice Fronteira. As três cidades se organizam territorialmente tendo como parâmetros dois rios, o Rio Paraná e o Rio Iguaçu. Vários fatores foram responsáveis por uma maior notoriedade desta região, além do porte médio das cidades fronteiriças, deve ser considerado o imenso fluxo de pessoas em função das atrações turísticas e comerciais da região.

Anteriormente, até o final da década de 1980, este espaço territorial era apenas nomeado como “zona, região ou área das três fronteiras”, e, um episódio histórico colaborará para notabilização, difusão midiática e diferenciação desta região:

A transformação no substantivo próprio “Tríplice Fronteira” aparece a partir da suspeita da presença de terroristas islâmicos na região depois dos atentados na Embaixada de Israel em 1992 e, particularmente, depois dos atentados à Asociación de Mutuales Israelitas Argentinas [AMIA] em 1994. Em 1996, essa denominação será incorporada oficialmente pelos governos dos respectivos países no “encontro dos Ministros do Interior da República Argentina, da República do Paraguai e da Justiça da República Federativa do Brasil” firmado na cidade de Buenos Aires (RABOSI, 2004, p.24).

A chegada de grupos populacionais de origem árabe à região da Tríplice Fronteira tem relação direta com a história sírio-libanesa e a constituição de seus fluxos migratórios. Este tema foi estudado, com maior acuidade pela antropóloga Silvia Montenegro (2013).

A referida área da fronteira, constituída pelas cidades de Puerto Iguazu (Argentina), Foz do Iguaçu (Brasil) e Ciudad del Este (Paraguay), é, como já dissemos, uma região com uma considerável mobilidade de pessoas entre os três países, além de forte presença de fluxos migratórios internacionais de/para/na região. Tais características impactam na demanda de atenção de saúde dos mesmos, em medida atrativa às pesquisas acadêmicas.

A pesquisa em questão buscou, em sua primeira etapa, elaborar um diagnóstico panorâmico da situação dos sistemas de saúde nas no lado brasileiro da região das três cidades fronteiriças. Em seguida, buscou-se por meio de levantamento de dados quantitativos e etnográficos associar a oferta de serviços às demandas de um contexto específico de migração. O padrão migratório observado é múltiplo, refere-se tanto aos trabalhadores, estudantes e famílias que se associam constituindo grupos humanos com fortes laços sociais entre si. Nesta direção, os temas da saúde não podem ser tratados de maneira apartada de outras situações existentes na fronteira, particularmente os aspectos sociais e culturais mencionados anteriormente.

No que tange à constituição da sua rede, Foz do Iguaçu tem 28 UBS (Unidades Básicas de Saúde), 7 unidades de saúde de atenção especializadas, entre CAPS, UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) e ambulatório. Merece destaque dois hospitais de médio porte, além dos serviços de SAMU e SIATE⁵.

As autoridades sanitárias da Argentina, Brasil e Paraguai têm evidenciado frequentemente a necessidade de trabalhar conjuntamente para realizar atividades de prevenção e controle dos problemas de saúde prevalentes na área da tríplice fronteira. Nesta direção, no começo dos anos 2000, os países da região solicitaram à Organização Pan-

⁵ O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) iniciou suas atividades na década de 2000, por meio do telefone 192, e é gerenciado pelo Ministério da Saúde. Ele é destinado ao atendimento emergencial de casos clínicos. A ambulância do Samu tem uma estrutura de UTI móvel. Já o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (Siate) é coordenado pelo corpo de bombeiros. É acionado pelo número telefônico 193 em casos relacionados a traumas.

Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) apoio para catalisar a cooperação técnica embrionária entre os países e a concessão de recursos que colaborassem à execução coordenada das atividades relativas os problemas comuns de saúde.

Esta solicitação recebeu resposta positiva e a OPAS/OMS iniciou sua ação com uma convocatória a participantes dos diferentes níveis, nacional, regional e local dos três países para a identificação de problemas comuns em saúde e definir as ações de cooperação a serem realizadas. Deste esforço, surgiu um documento de Cooperação Técnica entre Países (TCC) o qual definiu as instâncias de cooperação associados aos problemas tidos como prioritários, a saber:

1. Falta de unificação de dados básicos de vigilância epidemiológica para as três fronteiras.
2. Falta de coordenação das atividades de Malária, Dengue, Febre Amarela, Leishmaniose.
3. Falta de coordenação para prevenção e controle da raiva nas três fronteiras.
4. Rede de saúde inadequada para a assistência básica de casos com ETS/AIDS.
5. Deficiências no registo da informação e vigilância epidemiológica, com diferentes esquemas de vacinação entre as fronteiras, bem como problemas na disponibilidade oportuna de biológicos.
6. Falta de conhecimento da capacidade de resposta dos serviços de atenção de saúde na região.
7. Existência das condições favoráveis para o desenvolvimento de um surto epidêmico de cólera. (OMS, 2004, p. 18)

No que tange a uma efetiva agenda da integração regional, o direito à saúde nesta região fronteira é tratado apenas no plano discursivo. Ao longo das nossas investigações não se evidenciou um interesse factual pelas iniquidades em saúde. Este contexto adverso, comum em muitas regiões do país, é agravada na fronteira seja pela evidente desarticulação entre as instâncias governamentais nacionais e internacionais para formular e implementar políticas sociais públicas comuns que favoreçam a redução das assimetrias econômicas e sociais, quanto pelo fato de não se considerar a fronteira como um espaço particular de organização da vida social. As iniciativas de articulação supramencionadas, partiam da contratação de consultores e esbarravam na etapa seguinte, a execução de um plano efetivo de integração e diminuição das assimetrias sociais expressas na saúde pública.

Controvérsias públicas no atendimento do SUS e o direito à saúde

No dia 03 de agosto de 2015, um dos mais lidos sítios de notícias do Brasil, portal G1⁶, publicava notícia com a seguinte manchete: “Estrangeiros que têm Cartão SUS em Foz do Iguaçu são fiscalizados”. A matéria prosseguia em tom alarmante e afirmava que “Município tem quase 300 mil habitantes e 800 mil Cartões SUS cadastrados. Fiscalização deve continuar para comprovar documentação de estrangeiros”. A reportagem continha foto de equipes de fiscalização (eram representados por um guarda municipal e dois agentes da polícia federal) as quais iriam até os endereços informados na emissão do cartão para confirmar documentação dos estrangeiros.

Na verdade, o tema que ganhava repercussões nacionais não era novo para a população local. Dias antes o jornal impresso de maior circulação na cidade, a Gazeta do Povo⁷, publicava matéria semelhante. De igual modo, portais de notícias locais, rádios e TVs replicavam a advertência. A sequência de publicações tem uma razão particular, a prefeitura da cidade de Foz do Iguaçu, por meio do seu sítio oficial publicara no dia 17 de julho do mesmo ano: “A emissão do Cartão Nacional de Saúde vai seguir regras rígidas em Foz do Iguaçu”

A Secretaria Municipal da Saúde divulgou que gastava por mês R\$ 3,5 milhões com o atendimento de paraguaios e de outros estrangeiros os quais não teriam “direito ao benefício” (Portal G1, 03/08/2015). Os jornais de TVs locais discutiam a afirmação pública do agente público da prefeitura que vinculava precarização no atendimento das unidades de saúde e à presença estrangeira na região. O tema tomou conta das ruas e os relatos de mal atendimento prestado a estrangeiros residentes na cidade se multiplicaram.

A questão não era particularidade da cidade da tríplice-fronteira, quase um ano antes, em 7 de julho de 2014, O Jornal Portal Guairá, sítio de notícias da cidade Guaíra/PR (que faz fronteira com a cidade paraguaia de Salto del Guairá), relatou que os estrangeiros sobrecarregaram os Sistema de atendimento de saúde Pública na região Fronteira. Segundo o Jornal, a razão disso é que os estrangeiros estão se aproveitando da proximidade com o país para usufruir dos serviços oferecidos nas unidades básicas de saúde e até de hospitais de municípios paranaenses. O Jornal Guairá trazia como argumento a declaração de Charles Bortollo, então secretário de saúde do município Foz do Iguaçu, a qual dizia “há uma grande parte de Brasiguaios que utilizam o sistema, o que não configura um real problema, uma vez

⁶ Disponível em: <http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2015/08/estrangeiros-que-tem-cartao-sus-em-foz-do-iguacu-sao-fiscalizados.html>

⁷ Publicada em 22/07/2015. Também disponibilizada em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/foz-do-iguacu-faz-cadastro-de-brasiguaios-no-sus>

que eles têm direito aos atendimentos. Porém os estrangeiros⁸ deveriam usar os serviços somente em caso de emergência e urgência, mas utilizam para atendimentos diários, como se fossem brasileiros. Esse é o maior Problema atualmente, porque não existe um controle, algo que limite o serviço somente aos Brasileiros. Para combater isso, vamos fazer um novo recadastramento do Cartão SUS ou ainda exigir documento com foto” explica. (Jornal Portal Guairá, 07/07/2014).

Os acontecimentos acima listados, com forte impacto sobre a vida cotidiana da cidade de Foz do Iguaçu, possibilitavam que a identificação de estrangeiro fosse mobilizada como categoria acusatória e estimulava atitudes xenófobas. A identificação da nacionalidade, atrelada equivocadamente ao critério de residência, limitava e restringia o usufruto do direito à saúde na região fronteiriça, e, deste modo, evidenciava à inexistência de uma política de integração regional, desrespeitando a diversidade cultural e a igualdade humana. Institucionalizava-se a xenofobia. A situação observada recoloca, a necessidade do debate sobre a inexistência de uma cidadania social comum na região de fronteira, assentada sobre valores democráticos, preservando os valores multiculturais e históricos de cada origem.

No Brasil, o chamado direito à saúde foi consagrado na Constituição de 1988. É preciso lembrar que este foi produto de amplas mobilizações sociais, seja a partir da organização de grupos de trabalhadores da saúde, seja pela organização de setores da sociedade civil integrantes do movimento da Reforma Sanitária.

Na década de 1970, esse movimento construiu uma proposição de política de saúde para a sociedade brasileira, influenciada pelo modelo italiano. Suas pautas, construídas a partir de debates, confrontos e embates a respeito do melhor modelo de saúde a ser adotado, seriam consideradas apenas nas duas décadas seguintes, culminando na positividade das mesmas na Constituição Federal. É neste contexto que a saúde será elevada a condição de direito fundamental do homem. Este direito regia-se pelo princípio de que o direito igual à vida de todos os seres humanos significa também que, nos casos de doença, cada um tem o direito a um tratamento condigno de acordo com o estado atual independentemente de sua situação econômica (SILVA, 2002, p. 307).

Merece destaque o fato de que as concepções jurídico-políticas, expressadas na Constituição Federal, alertam para os determinantes sociais da saúde, garantindo esta como um direito de todos e um dever do Estado, assegurada mediante políticas econômicas e sociais

⁸ Paraguaios e Argentinos

que objetivem a diminuição do risco de doenças e de outros agravos com vistas a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O direito à saúde, transportada ao texto constitucional, aponta a construção de um processo de democratização da política de saúde por meio da descentralização, municipalização e do controle social. Sobretudo, resgata o acesso universal e igualitário à saúde, sendo “incogitáveis mecanismos de restrição do acesso à rede e aos serviços públicos de saúde, tal como a restrição, outrora existente, que deferia o acesso exclusivamente àqueles que contribuíssem com a previdência social” (ARAUJO e NUNES JR., 2002, p.307)

O acesso à saúde na tríplice fronteira e a migração haitiana: notas de pesquisa

No primeiro semestre do ano de 2016, foram realizadas 16 entrevistas semiestruturadas, com perguntas abertas que buscavam mensurar violações no direito à saúde por parte de estrangeiros-usuários do SUS Na cidade de Foz do Iguaçu. As entrevistas foram levadas à cabo por estudantes do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), como colaboração à pesquisa no âmbito da disciplina de Antropologia da Saúde. Participaram deste levantamento exploratório inicial trabalhadores (homens e mulheres), moradores da fronteira e estudantes estrangeiros, com idade média de 30 anos, com o tempo de residência no Brasil igual ou superior a 6 meses. O interesse era desvelar o atendimento aos estrangeiros nas unidades de saúde do município de Foz do Iguaçu, as entrevistas aconteceram nas Unidades de Pronto Atendimento, Hospital Municipal e Unidades Básicas de Saúde (as quais tinham implantados o programa Saúde da Família.).

Estas entrevistas nos colocaram em contato com vários relatos de problemas no atendimento nas unidades de saúde destes estrangeiros em Foz do Iguaçu. Elencamos as principais queixas dos referidos usuários, sendo recorrente relatos que evidenciavam exigências de documentações (via de regra, não solicitadas à população local) e dificuldades no que tange à comunicação – tanto no preenchimento de formulários ou fichas, quanto na expressão verbal junto aos trabalhadores de saúde.

No semestre seguinte, buscamos entrevistar trabalhadores e trabalhadoras em saúde das unidades de atendimento listadas nas entrevistas anteriores. Contudo, sem buscar identificar ou inquirir, de maneira específica, o agente público eventualmente responsável pelo atendimento considerado abusivo pelos usuários. A ideia, deste momento, era verificar a concepção de igualdade acionadas pelos referidos profissionais e o eventual reconhecimento das desigualdades no atendimento dos estrangeiros migrantes usuários do sistema único de saúde.

Neste contexto, duas situações merecem atenção. Primeiro, uma enfermeira, trabalhadora de uma unidade de saúde de um bairro da periferia de Foz do Iguaçu. Ela admitiu existir “preconceito de origem” (xenofobia) no atendimento, assim como preconceito racial nos locais onde ela trabalhou. Segundo ela, haveria médicos que tratam de maneira igualitária todos os pacientes, mas há aqueles que evitam atender ou dedicam menor atenção aos estrangeiros. A enfermeira entrevistada, menciona já ter vivenciado situações práticas discriminatórias por parte de alguns colegas de trabalho que, por exemplo, deixavam os usuários esperando um tempo maior que o necessário para iniciar o atendimento. Para esta trabalhadora da saúde os profissionais compreendem os direitos dos cidadãos, mas são situações que ela não saberia explicar o motivo de acontecerem.

Outro destaque, neste conjunto de entrevistas, deve ser dado a uma declaração de um médico do principal hospital da cidade. Trata-se de um local de atendimento de urgência e com expressiva demanda. Ao ser perguntado se havia alguma diferença no atendimento dado aos usuários, ele responde: “aqui não há diferença no atendimento. Se um caminhão com 50 árabes dentro tombar em solo brasileiro, 50 árabes entrarão aqui e serão atendidos”. Mais adiante, este médico reconheceria que “na teoria não existe discriminação contra estrangeiros, mas as vezes surgem reclamações”.

Os dados iniciais da nossa investigação apontavam que as violações de direitos à saúde, com atendimento desumanizado ou com a negativa de atendimento se tornavam mais frequentes com os migrantes negros e com mulheres. Não apenas quantitativamente, sobretudo, a intensidade e gravidade das violações se apresentavam mais significativas quando estes perfis se apresentavam para atendimentos do SUS, nos locais já mencionados.

Assim, a etapa seguinte, concentrou-se exclusivamente numa categoria de estrangeiros, os haitianos. Optou-se por fazer um levantamento semelhante, contudo utilizando um instrumento mais específico com perguntas mais dirigidas. Foram entrevistados 45 haitianos, ao longo de 4 meses no ano de 2017. Eles responderam à entrevista que consistiu num questionário estruturado de acordo com o seguinte arranjo: Nome; gênero; ocupação; faixa etária; região; tempo de residência no Brasil; cidade em que vive atualmente; se possui cartão do SUS; como foi a experiência de aquisição do cartão SUS; se já solicitou atendimento pelo cartão SUS; como vê o sistema de saúde pública brasileira; se já foi mal atendido em hospital ou unidade básica de saúde; se já presenciou algum tipo de preconceito com outro haitiano no atendimento; se já sofreu preconceito no atendimento pelo fato de ser haitiano; se usam métodos curativos e tratamentos tradicionais; se acredita ser possível aliar

tratamento tradicional e tratamento médico; espaço opcional para considerações sobre o atendimento ao estrangeiro haitiano na fronteira.

Segundo os dados da Sistema Nacional de Cadastro de Estrangeiros (Sincre) de 2010 a 2015 foi registrada a entrada de 85.059 haitianos no Brasil no quais 62.944 são homens e 22.1350 são mulheres, sendo 44.361 foram registrados em posto de controle de fronteiras terrestre, portanto como solicitante de refúgio.

Resultados Obtidos

Os nossos entrevistados tinham majoritariamente faixa etária entre 21 e 35 anos (94%). Eles já estavam fixados no Brasil há algum tempo, 60% residiam no país a mais de 4 anos e 30% estavam em território brasileiro há pelo menos dois anos. A maioria significativa, 84,4 % possuía o cartão SUS (documento necessário ao atendimento nas Unidades de saúde). Aqueles que não possuíam, justificaram que a ausência de endereço (comprovante de residência) teria sido o impedimento para a solicitação do documento. Da amostra em questão, apenas 10% não tinha procurado até aquele momento qualquer serviço de Saúde Pública. 20% reputa uma ótima qualidade ao atendimento recebido, nestes casos, foi recorrente a comparação com o sistema de saúde haitiano.

Do universo de entrevistados 30% alegaram sofrer algum tipo de discriminação no atendimento. Alguns destes, asseguraram uma demora incomum ou uma abordagem intimidadora dos profissionais de saúde. Do grupo que não mencionou qualquer tipo de discriminação, 22% assegurou conhecer alguém que fora mal atendido nos referidos locais de acesso à saúde por ser estrangeiro. De uma forma ou de outra, 62,2 % prefeririam utilizar métodos curativos aliados a saberes tradicionais no tratamento de sua enfermidade que procurar atendimento médico. E, 33,3% inclusive consideram que é impossível conciliar tratamentos alternativos com as recomendações fornecidas pela medicina tradicional ofertadas nas unidades de saúde ou hospitais.

É importante mencionar que ao longo da pesquisa pôde ser observado diferentes formas de enfrentamento do atendimento. É possível identificar um primeiro grupo geral de estrangeiros de fala hispânica apresentar, hipoteticamente, uma maior facilidade na comunicação com os agentes de saúde pública brasileiros quando comparados ao grupo específico de estrangeiros haitianos, uma vez que a língua espanhola possui muitas similaridades etimológicas com a língua portuguesa do que o francês/crioulo, linguagem nativa dos estrangeiros haitianos. Contudo, esta diferença não se apresenta nos dados

quantitativos talvez, pelo fato de a maioria dos haitianos estarem residindo no Brasil há um tempo significativo.

Uma variável importante observada na pesquisa diz respeito à insatisfação generalizada dos pacientes com o atendimento médico recebido nas unidades. Mesmo quem nunca sofreu algum tipo de detrato, julga o atendimento insatisfatório. Isso expõe condições precarizadas de trabalho, escassez de recursos materiais e no número de trabalhadores. Embora esse problema estrutural não tenha sido o enquadramento da pesquisa, cabe mencioná-lo como uma característica nodal do campo estudado. Por outro lado, é significativo mencionar as notas elogiosas de parte expressiva dos entrevistados que se referiam às unidades com o Programa Saúde da Família implantados.

Considerações Finais

Esta investigação nos conduziu a reflexão de que o sistema municipal de saúde de Foz do Iguaçu, no tocante à atenção das demandas colocadas pelos moradores da contiguidade fronteiriça, não considera uma organização pautada em torno das necessidades de saúde que indicam uma visão de cidadania plena. Percebe-se de uma perspectiva institucional de saúde, para a população circunvizinha que reduz a atenção em saúde, exclusivamente na atenção médica. A compreensão é que esse segmento populacional deve ser efetivado nos casos de emergência, quando comprovadas a existência delas.

Esta perspectiva, operacionalizada no cotidiano, não considera a hipótese de uma atenção integral, na qual os condicionantes políticos, econômicos e sociais sejam considerados no atendimento oferecido. Observamos que os agentes da gestão, no contexto estudado, têm utilizado tais episódios como estratégia de tensionamento da população local com os estrangeiros que utilizam o serviço público de saúde. Esta animosidade, associada a adoção de protocolos e critérios mais rígidos para o acesso e utilização dos serviços, privam ainda mais o gozo do direito à saúde dos estrangeiros residentes na região de fronteira – em particular a população haitiana.

Entendemos que somente o gozo dos direitos humanos, manifestado no direito à saúde é permitido a população fronteiriça e estrangeiros não legalizados residentes ou domiciliados no Brasil, mas não na mesma proporção que aos nacionais, aos quais é assegurado e garantido o pleno usufruto no acesso ao serviço público de saúde.

Acreditamos que investigações como esta devem prosseguir em profundidade da análise e se alargarem em amplitude. No campo da saúde, estudar estes contextos contribuirá para planejar e fortalecer estratégias de atenção a estas populações estigmatizadas, assim

como desenhar e formular novos e mais efetivos caminhos em direção à Saúde para Todos. Considerando as dimensões histórica, social, cultural, econômica e política entre migrantes residentes em região de fronteira.

Referências

ASTORGA J. I. (2004); Contexto dos Países e da Fronteira. *Revista de Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai: 2001-2002* / Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

BRASIL. Ministério da Justiça (2002). Lei nº 6.815/80. Regula a situação jurídica do estrangeiro no Brasil. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde (2006). Determinantes sociais da saúde.

BRAVO, M.I.; MATOS, M.C. (2001). A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: *Serviço Social e Democracia*. BRAVO, M.I.; PEREIRA, Potyara A.P (org). São Paulo: Cortez.

CARBALLO, M., e Nerukar, A. (2001). Migration, refugees, and health risks, *Emerging Infectious Diseases*, 7 (3), pp. 556-560.

Declaração de Alma-Ata. (2001) Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978. *Ministério da Saúde* (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

Redução de custos migração e otimização do desenvolvimento humano. (2010). Fórum Global sobre Migração e Desenvolvimento, realizada na Cidade do México em 2010, disponível em: www.gfmd.org/en/docs/Mexican-2010 acesso 03/09/2017.

KANDULA, N.R. (2004). Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us, *Annual Review Of Public Health*, 25 (1).

LEVY, M. S. F. (1974) O papel da imigração internacional na evolução da população brasileira (1872 a 1972). *Rev Saude Publica*, V 8, Supl:49-90.

MAGGI, J. e CATTACIN, S. (2003) *Needed Basic Research in «Migration and Health» – 2002-2006 in Switzerland*, Switzerland: SFM.

McKay, L., Macintyre, S. e Ellaway, A. (2003) *Migration and Health: A Review of the International Literature*, Glasgow: Medical Research Council – Social and Public Health Sciences Unit.

OIM. (2004) *World Migration: Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move*, 2004. Disponível: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/cache/offonce/pid/1674>

OMS. (2004) *Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira • Argentina – Brasil – Paraguai • 2001-2002*.

OMS. (2010) *Health of Migrants – The Way Forward*, Report of a Global Consultation, Madrid (Espanha).

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU (2017). Prefeitura define regras de emissão do Cartão SUS. Disponível em: <http://pmfi.pr.gov.br/noticia/?idNoticia=37774> Acesso em 03/09/2017.

SCHWARCZ L. M. (1995) *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.

SEYFERTH, G. (2000). As identidades dos imigrantes e o melting pot nacional. *Horizontes Antropológicos*; 6(14):143-76.

SEYFERTH G. (1996) Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. In: *Maior MC, Santos RV. Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil.

SKIDMORE T, E. (1989). *Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

SILVA, Jose Afonso. (2002) *Curso de direito constitucional*. Positivo, 20. ed. São Paulo: Malheiros.

SILVA, Anaxsuell F. PASQUALI, D. (2016). Migração e hábitos alimentares em ambientes educacionais: o caso da Tríplice Fronteira. *Educere et Educare*, v. 11 (1).

SILVA, Anaxsuell F. PROCOPIO, C. E. P. (2019). Cristianismos em região de fronteira: trânsitos, tensões e reconfigurações religiosas. *REVISTA TOMO*, v. 34, p. 159-188.

SILVA, M.G.; NOGUEIRA, V.M.R.; SIMIONATTO, I. (2005). *Fronteira Mercosul processo de inclusão e exclusão no Sistema Único de Saúde brasileiro*.

Sistema Nacional de Cadastro de Estrangeiros – Sincre, Departamento da Polícia Federal, Ministério da Justiça e Segurança Pública. Projeto MT-Brasil/ICMPD-Gedep-PUC Minas. Tabulações especiais, Observatório das Migrações em São Paulo (Fapesp/ CNPq- Nepo/Unicamp).

WHO. (1996). *World health day: Healthy cities for better life*. World Health Day. Genebra.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Anaxsuell Fernando da Silva – 50%

James Berson Lalane – 50%