

Território e Imigração: aproximações acerca do acesso dos imigrantes haitianos à política de saúde na região de Londrina/PR

Territory and Immigration: approximations about the Haitian immigrants access to health policy in the region of Londrina/PR

Daniele Soares Sana*

Julia Ramalho Rodrigues**

Líria Maria Bettiol Lanza***

Resumo: Considerando o território uma categoria incorporada à política de saúde a partir da década de 1990 no processo organizativo do SUS e tendo em vista a intensificação dos fluxos migratórios para o Brasil, sobretudo a migração haitiana a partir de 2010 para a região de Londrina-PR, o objetivo do presente é problematizar o acesso dos imigrantes haitianos à política de saúde na perspectiva territorial. Como procedimentos metodológicos, este artigo tem um caráter qualitativo. Para isso, foram realizadas duas entrevistas em profundidade com um homem e uma mulher, bem como uma pesquisa bibliográfica sobre o processo de territorialização em saúde. Como resultados, pôde-se identificar que os imigrantes se territorializam a partir de suas redes pessoais, portanto verifica-se a necessidade de a temática migratória ser inserida no cotidiano profissional dos serviços de saúde, considerando o processo de territorialização como orientador das práticas em saúde.

Palavras-chaves: Território; Imigrantes haitianos; Política de Saúde.

Abstract: Considering the territory as a category incorporated in health policy since the 90's on the organizational process of the SUS (Single Health System), and the intensification of migratory flows to Brazil, especially the Haitian migration since 2010 to the region of Londrina/PR, this article aims to problematize the access of Haitian immigrants to health policy from the territorial perspective. As methodological procedures, the present article has a qualitative character which was carried out two interviews with a man and a woman, as well as used a research of literature review on the process of territorialization in health. As result, it was possible to identify that immigrants territorialized according to their personal networks. However, it was stated that the migratory issue need to be inserted in

*Bacharel em Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Email: danielessana@gmail.com.

**Bacharel em Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Mestranda e bolsista da Capes do Programa de Pós-Graduação de Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Email: ramalhorodrigues.julia@gmail.com.

*** Professora Doutora do Departamento de Serviço Social (UEL). Membro do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Coordenadora do Projeto de Pesquisa "Trajetórias de Imigrantes nos territórios: a construção do acesso às políticas de Seguridade Social" (UEL). Email: liriabettiol.j@gmail.com

the daily routine of the professionals from health and life services, considering the process of territorialization as a guideline for health practices.

Keywords: Territory; Haitian immigrants; Health Policy.

Recebido em: 04/02/2018. Aceito em: 11/08/2018

Introdução

A análise empreendida parte da premissa de que o fenômeno migratório possui vinculação orgânica com o modo de produção capitalista. Sendo assim, as características históricas e sociais deste último acompanham as mudanças operadas no primeiro, conforme demonstram vastos estudos sobre a mobilidade humana a partir do pleito teórico indicado (SAYAD, 1998). Nesse sentido, o trabalho se coloca como categoria central para problematizar em qualquer tempo-espaço os processos migratórios. A partir da teoria marxista, autores tematizaram sobre os sentidos do trabalho, nos dizeres de Antunes (2005), a partir de suas recentes mudanças. Dessa forma, ao analisar as imigrações recentes no Brasil, deve-se partir dos eventos macrossocietários por que passa o mundo.

Nessa direção, a imigração haitiana ganhou relevância nos estudos por conta da intensificação desse fluxo migratório para o Brasil após o terremoto de janeiro de 2010. Segundo Santos (2006), eventos como as catástrofes naturais mudam a dinâmica da estrutura social, pois, a cada novo acontecer, as coisas preexistentes mudam de conteúdo, apresentando novas características e novas significações. Nesse sentido, as políticas públicas se deparam com um novo público específico a ser considerado enquanto usuários e mandatários de ações e estratégias do trabalho social. Compreende-se a relevância da dimensão territorial no planejamento e execução das políticas públicas, entendendo os imigrantes enquanto sujeitos em processo de desterritorialização – reterritorialização. A partir da concepção do geógrafo brasileiro Milton Santos, o território só pode ser considerado como um conceito a ser analisado a partir de seus usos e de seus atores.

Com o objetivo de problematizar o acesso dos imigrantes haitianos à política de saúde na

perspectiva territorial, o presente trabalho¹ se constrói enquanto resultado de duas pesquisas desenvolvidas no interior do Grupo de Pesquisa do CNPq “Serviço Social e Saúde: formação e exercício profissional” que abordaram a temática migratória e os processos de territorialização em saúde. Partindo de uma abordagem qualitativa, este estudo apresenta dados coletados por meio de dois instrumentos.

A primeira etapa foi a realização de uma pesquisa de revisão bibliográfica tendo como fonte de pesquisa o indexador de periódicos *Scielo*. Os conteúdos pesquisados abrangem os anos de 1990 a 2014, entendendo-se que esse período compreende a primeira década do Sistema Único de Saúde no século XX até a atualidade, percorrendo todo tempo de consolidação do Sistema. As palavras-chave selecionadas para a pesquisa foram território, territorialização e saúde, totalizando o encontro de 484 artigos. Como resultado de uma nova seleção desses resultados, foram escolhidos dez artigos.

Num segundo momento, foram realizadas entrevistas em profundidade com dois sujeitos imigrantes haitianos. Esse tipo de entrevista é considerado uma “técnica qualitativa que explora um assunto a partir da busca de informações, percepções e experiências de informantes para analisá-las e apresentá-las de forma estruturada” (DUARTE, 2005, p. 62), buscando a intensidade e o significado que cada sujeito dá a suas respostas, além de representações estatísticas. Logo, a entrevista em profundidade é uma forma de pesquisar o acesso à política de saúde no contexto da vida social dos imigrantes, uma vez que compreender como se dá o acesso desses sujeitos à saúde pode trazer diversos elementos ligados aos processos de territorialização. A seleção de dois sujeitos de gêneros diferentes foi

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

motivada pelas diferenças culturais nos fluxos migratórios e pelo próprio acesso aos serviços de saúde.

Este estudo estrutura-se em três seções que apresentam, de forma introdutória, problematizações acerca do fluxo migratório haitiano ao Brasil e algumas estratégias utilizadas por esses imigrantes na adaptação ao território desconhecido para, em seguida, apresentar de que forma tem sido realizada a territorialização na política de saúde. A última seção apresenta uma reflexão sobre o acesso dos imigrantes haitianos à política de saúde.

Os processos de territorialização dos imigrantes haitianos

Considerando a migração internacional como um processo social do mundo contemporâneo, segundo dados da ONUBR (2015), o mundo conta hoje com 244 milhões de imigrantes em um contexto complexo em termos de geopolítica, uma vez que a crise sistêmica capitalista envolve o globo, conforme problematizou Harvey (2011). Para esse autor, a mobilidade humana é condição *sine qua non* ao desenvolvimento capitalista, tendo o próprio Estado como seu aliado.

A política migratória definida pelos Estados, atualmente, tem pouca relação com os interesses nacionais, em termos de inserção dos imigrantes em um projeto de desenvolvimento. Ela é, antes de tudo, uma construção que contribui de forma direta para as demandas capitalistas. Todavia, migrar, majoritariamente, não é um ato de vontade individual, mas uma imposição a homens e mulheres que não visualizam possibilidades de trabalho e reconstrução de suas vidas nos territórios em que estão. Da mesma forma, acolher imigrantes tampouco é uma prerrogativa liberal de respeitar a liberdade de ir e vir. Os Estados, sobretudo os liberais, condicionam os fluxos migratórios a partir das necessidades do mercado, o que pode ser identificado nas políticas restritivas à imigração desenvolvidas pelos países de capitalismo avançado.

Nessa direção, consideram-se os determinantes econômicos estruturais dos projetos migratórios, analisando-os enquanto um reflexo das desigualdades entre os países por conta do desenvolvimento capitalista em âmbito mundial. As migrações se apresentam como funcionais

ao processo de produção de mercadorias e à obtenção de lucro, gerando a relação entre migração e a busca pelo trabalho que perpassa toda a história e gera todo o movimento da força de trabalho, ocupando-se da “[...] execução de atividades laborais altamente marcadas por tendências da precarização do trabalho como, por exemplo, no setor têxtil, na construção civil, na indústria de abate de carnes e no serviço doméstico” (VILLEN, 2015, p. 254).

Contrapondo-se à imigração branca e europeia, que a sociedade brasileira visualiza enquanto um estímulo para o desenvolvimento social do Brasil (PACHECO; PATARRA, 1997), a partir da reestruturação produtiva, a configuração dos fluxos migratórios nacionais e internacionais foi alterada.

À medida que as localidades se inserem na lógica global, as migrações internacionais tenderão a se intensificar, correspondendo à mesma velocidade da mobilidade do capital na contemporaneidade, com a consequente redefinição no papel da migração no desenvolvimento e constituição do mercado de trabalho no país (BAENINGER, 2013, p. 8).

Em decorrência disso, houve uma alteração do padrão migratório para o sentido Sul – Sul, o que determinou a chegada de imigrantes e refugiados provindos da América Latina, África e Ásia, aqueles que Villen (2015) define como “os não-brancos provenientes de países periféricos”². Uma imigração forçadamente indocumentada, institucionalmente silenciada e invisível demonstra os “periféricos na periferia”, ou seja, “força de trabalho de imigrantes e refugiados provenientes de países periféricos que, por meio dos deslocamentos internacionais, se encontram novamente vivendo e trabalhando num país periférico” (VILLEN, 2015, p. 250), que expressa “sua necessidade imediata, extrema e ininterrupta de trabalhar”, apresentando “maior exposição e disponibilidade (por necessidade) à exploração, no trabalho e em todos os âmbitos da vida social em que sua presença possa se tornar lucrativa” (VILLEN, 2015, p. 253).

² Segundo Ventura e Araújo (2016), cerca de 86% dos refugiados procuram proteção nos países ainda em desenvolvimento, como a Turquia, que acolheu 1,84 milhões de refugiados, Paquistão (1,5 milhões), Líbano (1,2 milhões) e Irã (982 mil).

Uma das nacionalidades que se destaca nesse novo fluxo migratório, sendo o recorte do presente estudo, é a haitiana. Decorrente de uma construção histórica, a emigração haitiana se tornou uma questão naturalizada para o povo caribenho. Uma história marcada por disputas de poder, perseguições políticas e demasiada pobreza fez com que a mão de obra haitiana fosse considerada a mais barata do mundo e o Haiti, o país mais pobre do continente americano (SEGUY, 2014). A instabilidade econômica frente aos desastres naturais frequentes, devido à localização do país entre as placas tectônicas norte-americana e caribenha, intensifica o fluxo emigratório dos haitianos, um exemplo é o que ocorreu a partir do terremoto de janeiro de 2010³. Entretanto, não se pode explicar o intenso fluxo migratório dos haitianos enquanto resultado desse desastre natural, pois “trata-se do resultado de uma construção sócio-histórica cujas raízes temos procurado desvendar” (SEGUY, 2014, p. 299).

A partir da chegada intensiva dos imigrantes haitianos ao Brasil e por conta de certa proximidade⁴ com o governo haitiano, o governo brasileiro adotou uma solução *ad hoc*⁵ através da criação da resolução nº 97 de 2012, concedendo a esses imigrantes vistos por razões humanitárias, considerando “o agravamento das condições de vida da população haitiana em decorrência do terremoto ocorrido naquele país em 12 de janeiro de 2010” (BRASIL, 2012).

³ Devido ao terremoto de 2010, cerca de “200 mil pessoas morreram, 500 mil ficaram feridas, 4 mil foram amputadas, [...] 1 milhão de desabrigados” (TELEMAQUE, 2012, p. 29), além de destruir todo o centro administrativo, os serviços de saúde e de educação do país.

⁴ Em 2004, o Brasil passou a constituir a Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (MINUSTAH) da ONU, que tinha como objetivo a estabilização do país, através de um aparente processo político-democrático e a pacificação do Haiti, com o envio de soldados brasileiros para o país. Segundo Seguy (2010, p. 17), “nenhum dos chefes do exército brasileiro no Haiti tem vergonha de afirmar que o Haiti serve de campo de treinamento para os soldados aprenderem a lidar com os negros das favelas do Rio de Janeiro quando voltarem ao Brasil”, referindo-se ao segundo maior contingente militar brasileiro enviado ao exterior desde a Segunda Guerra Mundial. Dessa forma, representa uma estratégia de coerção e controle revestida de solidariedade.

⁵ Segundo Correa *et al.* (2015), pelo fato de os haitianos não receberem reconhecimento de refúgio e por compreender a necessidade de conceder proteção a esses sujeitos, o governo brasileiro adotou uma medida oficial *ad hoc*, semelhante à solução que a África do Sul tomou em relação ao Zimbabuanos.

Nesse contexto, um dos desafios para os estudos migratórios corresponde à dificuldade de obter dados quantitativos oficiais das pessoas em deslocamento, considerando a própria invisibilidade do fenômeno, bem como a constante mobilidade dos sujeitos. Referente, porém, aos dados da migração haitiana no Brasil, segundo Milesi (2016), 73.077 haitianos se registraram na Polícia Federal no período de 2012 a 2016, localizando-se principalmente em São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul, tendo como justificativa a baixa taxa de desemprego nesses estados (IPARDES, 2017). Porém, segundo dados do ACNUR, 43.871 haitianos tiveram sua situação migratória regularizada por meio de Despacho Conjunto do CONARE, do CNIg e do Departamento de Migrações entre os anos de 2010 e 2016 (ACNUR, 2017).

No processo de migração, encontram-se implícitos processos de territorialização, uma vez que a mobilidade humana vai além do cruzar fronteiras territoriais, há também o encontrar diferenças culturais, sociais e políticas. Por meio dessa inserção massiva dos haitianos nos territórios brasileiros, faz-se necessário analisá-los a partir de seus usos e dinâmicas, tendo a concepção de que

O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população (SANTOS, 2001, p.97).

Para o geógrafo brasileiro Milton Santos (1994), é a partir do uso do território que é possível uma análise social, compreendendo-o enquanto um campo de disputa de poder permeado por relações tensas entre Estado, mercado e sociedade civil. “Assim, o território pode ser considerado como delimitado, construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma gama muito grande de atores que territorializam suas ações com o passar do tempo” (SAQUET; SILVA, 2008, p. 8).

Nesse processo migratório, os imigrantes se deparam com novas realidades, nas quais não se apoiaram em sua trajetória histórica. Sendo

assim, sua memória as desconhece e elas se apresentam enquanto estranhas. Portanto, o sujeito passa pelo processo de desterritorialização⁶, que Santos (2006) chama de estranhamento, desculturização ou desalienação. “O lugar novo o obriga a um novo aprendizado a uma nova formulação” (SANTOS, 2006, p. 224). Para esse autor, tais processos podem ser considerados agressivos aos sujeitos, visto que roubam parte de sua identidade, forçando-os, de certa forma, a uma adaptação a um novo território. Esse processo de adaptação ao território desconhecido pode ser chamado de processo de reterritorialização, no qual é formulada uma relação com o território através de vivências. Compreende-se que os imigrantes adotam estratégias para que esses processos ocorram de forma menos agressiva, como a reunião familiar⁷, a convivência em espaços religiosos e através das redes migratórias⁸. Assim, os laços afetivos podem estimular o deslocamento humano e facilitar seus impactos, na medida em que o processo de acolhimento e de reterritorialização se dá de uma forma mais segura. Os sujeitos se reconhecem e, ao manter um vínculo, há a partilha de semelhanças culturais e da sua própria condição enquanto imigrante.

No que se refere aos haitianos, percebe-se que esse fluxo migratório se configura não a partir de projetos individuais, mas por meio de projetos familiares e coletivos, visto a importância do envio das remessas de dinheiro para o sustento de seus familiares, além de outros membros da família também migrarem para o Brasil, sobretudo após conseguir a estabilidade referente à moradia. As redes sociais de imigração são de

suma importância e de apoio para “possibilitar a vinda e a estabilização destes imigrantes, mas também mantêm os limites inerentes à condição de classe – que possui recursos mínimos para ajudar, geralmente dividindo o que já é escasso, ou seja, não é suficiente para garantir a permanência desses imigrantes no país” (VILLEN, 2015, p. 257).

Na região de Londrina, a realidade dos imigrantes ocorre principalmente na concentração em municípios de pequeno porte e aglomerados em determinados territórios, que podem ser caracterizados como “pequenos haitis”, como Martins *et al.* (2014) definem as comunidades essencialmente constituídas por haitianos e suas expressões culturais. Autores como Marandola Jr e Dal Gallo (2009) compreendem que viver em uma “comunidade haitiana” possibilita um processo de resistência menos perturbado, na medida em que suas vivências no Haiti serão sempre lembradas.

A construção de “lugares próprios” permite ao migrante reservar sua personalidade, sua identidade e voltar a ter a sensação do pertencimento. O migrante não se vê mais desterritorializado estando envolvido por um ambiente que o acolhe. O conforto dos lugares próprios permite ao migrante enraizar-se (MARANDOLA JR; DAL GALLO, 2009, p. 4-5).

Nesses territórios, onde residem os sujeitos da pesquisa, a existência de instituições religiosas exclusivas para imigrantes e de uma loja comercial de um proprietário haitiano, que tem disponíveis serviços como ligações internacionais, remessas de dinheiro e venda de produtos haitianos, indica de forma determinante a rede social migratória existente enquanto expressão de uma resistência cultural e de um espaço de sociabilidade, o que pode ser entendido como parte de um processo de reterritorialização e, de certa forma, expressam também novas configurações nesse território. Quando se pensa nas redes sociais migratórias, é imprescindível considerar a multiplicidade de relações dos imigrantes que permanece e que transcende as fronteiras, fazendo-os transmigrantes. Apresentam realidades transnacionais⁹,

⁶ É importante sinalizar a polêmica desta temática, visto que ela possui diversas abordagens teóricas. Por exemplo, para Rogério Haesbaert, a migração em si não se refere necessariamente a um processo de desterritorialização, pois o autor considera que os sujeitos em mobilidade representam um grande exemplo da reterritorialização no que se refere ao âmbito cultural. Logo, pode-se considerar que a “migração comporta sempre uma revisão e até uma transformação da relação com o território de origem e do peso que o mesmo exerce na configuração social, cultural e identitária dos migrantes” (DURAND; LUSSI, 2015, p. 47).

⁷ Ver mais em Melo (2008) e Estrada Mejia (2010).

⁸ Redes sociais de imigração podem ser entendidas como “agrupamentos de indivíduos que mantêm contatos recorrentes entre si, por meio de laços ocupacionais, familiares, culturais ou afetivos. Além disso, são formações complexas que canalizam, filtram e interpretam informações, articulando significados, alocando recursos e controlando comportamentos” (KELLY, 1995, p. 219 apud TRUZZI, 2008).

⁹ Para Durand e Lussi (2015), desterritorialização e transnacionalismo são conceitos que estão em busca de dar respostas a uma nova configuração da mobilidade humana, a fim de compreender os processos de transformação das próprias comunidades.

através de “formas de comunicação, circulação, relação e gestão de bens, serviços e informações em nível transnacional, incluindo também outros países” (DURAND; LUSSI, 2015, p. 47). Para esses autores, a construção das redes sociais de imigrantes teve um maior valor semântico no contexto do transnacionalismo visto que “seus atores recriam soluções, desfrutam possibilidades e (re) inventam percursos de sociabilidade, mobilidade e reelaboração identitária” (ibidem, p. 51). Outra característica desses novos fluxos migratórios é a constante mobilidade dos sujeitos, devido à despreocupação de se fixar em um local, mediado pelo trabalho, a exemplo do sujeito desta pesquisa cuja trajetória migratória se iniciou há 19 anos.

Tais processos de territorialização são representados a partir do hibridismo do território enquanto “processos recriadores, geográfica e historicamente, de novas relações de poder e de identidade em um determinado território” (DURAND; LUSSI, 2015, p. 47) e não simplesmente um transplante de culturas, da assimilação ou da guetização, como ocorreu durante o processo colonial. Dessa forma, identificou-se que, para os imigrantes, reterritorializar-se envolve trabalhar, aprender o idioma português, pois são prerrogativas para os duplos compromissos que eles têm com seus países de deslocamento, onde estão familiares que dependem das remessas de dinheiro para a própria sobrevivência, sendo os próprios filhos no caso de uma mãe, entrevistada da pesquisa, mas também precisam se inserir na sociedade brasileira, conhecê-la, dominá-la, torna-la familiar. Nesse sentido, o conhecimento dos serviços públicos é imprescindível para acessar a proteção social quando houver necessidade. Assim, ao se instalarem nos territórios, os sujeitos passam a compor o conjunto de usuários dos serviços territoriais de algumas políticas, a exemplo da saúde, que deve se responsabilizar pelas necessidades em saúde de uma população adscrita, tendo como ferramenta essencial a territorialização em saúde, conforme será demonstrado a seguir.

Territorialização em Saúde

O desenvolvimento dos territórios influencia as condições de vida e saúde da população nele inserida, uma vez que “não é possível

compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural” (MIOTO, 2009, p. 228). Nesse sentido, há alguns anos a política de saúde no Brasil tem incorporado a perspectiva territorial em suas ações, tendo em vista os determinantes sociais que influenciam e interferem nas condições de vida e saúde da população.

A saúde, a partir da Constituição Federal 1988, deixa de ser considerada apenas como ausência de doenças, centrada em seu aspecto físico e biológico, mas, junto a isso, são reconhecidas as “relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida” (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 151), aspectos que têm vinculação e efeitos diretos no processo saúde-doença.

Entendendo o território como um espaço construído historicamente, permeado por relações sociais, de poder, com caráter simbólico, político, cultural e ambiental, constituindo-se através da sociedade e pela sociedade, a saúde tem o papel de conhecer esse território, com todas as suas singularidades e particularidades, para assim compreender a população ali inserida e suas necessidades relacionadas à saúde, visto que “o reconhecimento desse território e das forças que sobre ele atuam é um passo importante para a gestão dos serviços de saúde e a identificação de determinantes dos problemas de saúde” (BARCELLOS, 2008, p. 53).

No Brasil, o acesso à saúde pública é efetivado pelo SUS desde 1990. Enquanto um sistema, o SUS prevê ações e serviços de saúde capazes de atender necessidades em saúde de reabilitação, tratamento, cura, promoção e prevenção à saúde e pretende romper com os antecedentes da saúde brasileira, calcados na lógica do seguro e vinculados ao trabalho.

Dessa forma, deve ser entendido como um avanço em relação ao passado, principalmente ao considerar em sua base filosófica os determinantes sociais da saúde, que articulam os campos biológicos e hereditários, as condições de vida e trabalho; a participação social; hábitos individuais e sociais, bem como a oferta de serviços públicos de saúde para a produção da saúde. Ainda, fundado na perspectiva universalista e gratuita,

mediante a descentralização, garante que em todo território nacional sistemas locais de saúde sejam implantados como Dever de Estado.

Através do movimento da Reforma Sanitária¹⁰, vários aspectos foram identificados nos serviços de saúde da época como necessitados de reelaboração, uma vez que, diante das centralizações, das fragmentações, do baixo alcance às populações situadas em regiões mais distantes, a questão territorial se inseriu nas discussões, não o concebendo mais apenas como um recorte político-administrativo, mas tornando-o um dos conceitos base para o processo organizativo do SUS.

A saúde tem se fundamentado no conceito de território usado, desenvolvendo-se mais diretamente a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei nº 8.080 de 1990, tendo como diretrizes a hierarquização, a descentralização e a regionalização dos serviços. A partir disso, a política de saúde começa a trabalhar e a considerar a perspectiva territorial na distribuição de seus serviços, entendendo o território como um meio de elaborar estratégias para suas ações, visando à universalidade, à integralidade e à equidade do atendimento.

Sua lógica hierarquizada em níveis de atenção e tendo a regionalização como diretriz almeja o acesso oportuno e eficaz aos brasileiros e estrangeiros (BRASIL, 1988; BRASIL, 2017). Dotado de infraestrutura e uma força de trabalho, oferece serviços e ações em saúde em todas as cidades brasileiras.

A gestão compartilhada entre os entes federados, associada ao mecanismo de co-financiamento, permite o enfrentamento de prioridades nacionais ao mesmo tempo que permite aos gestores municipais e estaduais considerarem suas especificidades. Ainda, mediante a Lei nº 8.142

de 1990, garante o controle social da população mediante as Conferências e os Conselhos de Saúde, em todos os níveis de gestão.

O território, diante de toda a estruturação do SUS, ganha importância. No entanto, os estudos referentes a essa vinculação com a saúde centram-se na atenção primária, que, além de ser uma das portas de entrada do sistema, é a que mais se aproxima da população usuária, uma vez que “destaca [...] a territorialização dos serviços de atenção primária à saúde, pois estes, diferentes dos serviços ligados às especialidades, devem operar sobre uma base territorial muito bem definida” (FARIA, 2013, p.133).

Considerando a pesquisa bibliográfica já realizada, foi possível identificar um número acentuado de produções sobre território e saúde, todavia, a partir dos artigos selecionados para serem utilizados na pesquisa, destacaram-se como referência teórica os geógrafos Rogério Haesbaert da Costa, Milton Almeida dos Santos e Claude Raffestin. Embora não sejam os únicos utilizados, os artigos compreendem território de forma semelhante, destacando dimensões culturais, políticas, econômicas, ambientais, sociais e de poder.

Os materiais analisados direcionam a importância de entender o território dessa forma para construir ações em saúde, visando promover intervenções mais efetivas. A divisão em microáreas foi um dos principais elementos a ser considerado para promover tais intervenções, numa perspectiva de garantir o acesso da população aos serviços, identificando os riscos que se apresentam nesse espaço social. Contudo, essas produções não restringem o território às microáreas preestabelecidas, mas buscam considerá-las como mais um elemento importante para poder visualizar o território de forma integral, pois essa divisão não significa uma expressão final do território, já que ele ultrapassa os limites territoriais, isto é:

O território, mais do que uma mera referência geográfica, é um processo social e envolve um conjunto de agentes ou atores sociais atuantes. É um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados, em situação, na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado, mas, ao contrário,

¹⁰ O movimento da Reforma Sanitária começou a se estruturar a partir da década de 1970, designando-se como “um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos que corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material concretiza-se na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado”. (MENDONÇA; TEIXEIRA, 1995, p.194). Durante esse processo, “conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado, tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília” (BRAVO; MATOS, 2009, p.203).

em constante reconstrução. Portanto, a concepção de território transcende à sua redução, a uma superfície-solo e às suas características geofísicas, para instituir-se como território (VILLA *et al.*, 2002, p. 22).

A incorporação desse conceito à área da saúde possibilita conhecer melhor o território de abrangência e a população ali inserida, identificando os fatores materiais e imateriais e as necessidades relacionadas à saúde. Esse processo de conhecimento, identificação, caracterização e percepção da política de saúde sobre o território pode ser caracterizado como um processo de territorialização, dado que um dos princípios do antigo Programa Saúde da Família (PSF), hoje definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), é justamente a territorialização, e tem algumas funções, dentre elas:

Demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA *et al.*, 2006, p.48).

A territorialização da política de saúde, conforme foi apresentada, é a forma indicada para que as necessidades em saúde sejam identificadas e tornem-se objeto de intervenção de equipes de saúde especializadas e responsáveis por uma determinada população, por intermédio de serviços, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF), que hoje são familiares a todos os brasileiros.

A territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada. [...] No entanto, essa estratégia, muitas vezes, reduz o conceito de espaço, utilizada de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção (BARCELLOS, 2005, p.898).

Apesar de o processo de territorialização ser considerado uma das estratégias organizativas do SUS e práticas em saúde, não deve se

ancorar apenas nos aspectos geográficos, mas considerar as dinâmicas que existem nos territórios, suas características e relações, dando voz à população, para promover ações em saúde que estejam voltadas para a realidade ali vivenciada, isto é, "(...) reconhecimento do território, em todas as suas dimensões: demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde". (PESSOA *et al.*, 2013, p. 2254). Além disso:

[...] significa conhecer, olhar, ver e ouvir as diferenças, semelhanças e especificidades entre as pessoas, suas condições sociais e econômicas e seus ambientes e espaços vividos e concebidos, buscando alternativas para a resolução de seus problemas complexos condizentes com o seu contexto, história e pertencimentos (MOYSÉS, 2014, p. 4328).

Embora esse processo de territorialização dos serviços de saúde nos territórios seja fundamental, um dos fatores essenciais nessa construção é justamente a importância e a valorização da participação social dos usuários durante todo o processo reflexivo de pensar estratégias e ações para intervir na realidade. Tendo em vista a pesquisa realizada, foi possível identificar, nas concepções de territorialização, bem como em algumas experiências do processo de territorialização realizadas pelas equipes de saúde, a necessidade de dar voz aos usuários da política, isto é, reconhecer "a importância de dar voz e participação aos sujeitos locais, para assim poder conhecer suas relações, valores, desejos e necessidades" (MOYSÉS, 2014).

A participação social, vinculada ao controle social, que já incorporou distintas interpretações, foi reconhecida pelo Decreto nº 8.142 de 1990, que dispõe "sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)". É importante destacar que foi por meio da participação social de diversos setores da sociedade que o movimento da reforma sanitária se fortaleceu e conquistou os objetivos almejados. Além do que, "o controle social do sistema é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e como imprescindível para a sua democratização" (CORREIA, 2009, p. 124), isto é:

A participação social na área da saúde foi concebida na perspectiva do controle social, no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde as suas formulações – planos, programas e projetos – acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (CORREIA, 2009, p.125).

Nesse sentido, a participação social torna-se fundamental e primordial para a inserção dos usuários nessa política como participantes ativos de sua construção e execução. Diante disso, é notável e significativo verificar, nos artigos analisados, que os autores consideram esse elemento para pensar em estratégias de territorialização. Além disso, em sua materialidade econômica, o território envolve identificar os sujeitos e suas condições de trabalho e vida, entendendo que, mais que ninguém, esses sujeitos têm conhecimento do território em que residem e, conseqüentemente, maior possibilidade de pensar em ações junto aos profissionais que visem ao bem comum.

Considerando ainda a pesquisa bibliográfica realizada, foi possível identificar que o número de artigos que expõem experiências dos processos de territorialização realizados pelas equipes de saúde é restrito, porque, majoritariamente, são apresentadas apenas propostas, que poderiam ser executadas, de ações em saúde que visem a uma perspectiva territorial. Dessa forma, os artigos são prescritivos e uns poucos dialogam com a realidade, isto é, conceituam território a partir da concretude de território usado, considerando suas múltiplas dimensões, não se restringindo ao aspecto geográfico. Todavia, quando conceituam territorialização, dão uma valorização maior às delimitações territoriais geográficas, tendo em vista o próprio processo organizativo do SUS.

Cabe ressaltar, ainda, a necessidade de a política de saúde acompanhar as mudanças históricas e se adequar a elas, como a presença de imigrantes, por exemplo, pois elas causam novos desdobramentos nos serviços e ações em saúde.

Entendendo que a saúde precisa lidar com os múltiplos usos do território e as desigualdades ali inseridas, numa perspectiva de promover acesso integral e universal para todos, sem perpetuar as desigualdades socioespaciais, mas desenvolvendo ações a partir delas, é que a organização

da política de saúde, a partir da institucionalização do SUS, propõe-se a fortalecer suas ações, através de suas diretrizes.

Nesse sentido, “[...] a questão do direito à saúde está diretamente atrelada ao território e a forma como os serviços são dispostos territorialmente” (FARIA, 2013, p.132), uma vez que, entendendo a saúde como um direito de todos e com princípios de integralidade, equidade e universalidade do acesso aos serviços, “o território pode ser tomado, de um lado, como a possibilidade da efetivação deste direito e, de outro, como o resultado e consequência desta mesma efetivação” (FARIA, 2013, p.132).

Sendo assim, tendo em vista que as bases do SUS estão diretamente vinculadas ao território e a seu uso, é nele que os serviços se estruturam e por meio deles que se efetivam os princípios voltados ao acesso universal e integral, contudo sua distribuição e processo de territorialização são determinantes para tal efetivação. Defende-se, portanto, que, mediante a territorialização, as equipes de saúde conheçam os usuários, inclusive os imigrantes, e suas demandas visíveis e invisíveis, construindo maior qualificação do cuidado em saúde.

O acesso à política de saúde dos imigrantes nos territórios: entre a redistribuição e o reconhecimento

O Brasil, desde o início da corrente década, vem recebendo imigrantes que contrariam as imigrações anteriores (PACHECO; PATARRA, 1997), porque tem trazido para o cotidiano de cidades médias e pequenas trabalhadores e trabalhadoras pobres, de idiomas desconhecidos, negros em sua maioria e com culturas diferenciadas do país. São os periféricos na periferia, como já salientou Villen (2015). Decorre que tais particularidades indicam os imigrantes como público alvo das políticas sociais. Portadores de necessidades sociais básicas, como auxílio para regularização de documentação, trabalho, habitação, alimentação, dentre outros, os imigrantes têm acessado o sistema de proteção social brasileiro, especialmente a política de saúde, alvo deste estudo.

Em artigo anterior (BETTIOL LANZA; SANTOS; RODRIGUES, 2016), foi analisado o objeto a partir da normativa do atendimento de

imigrantes no Estado do Paraná¹¹, tendo como prerrogativa inicial o panorama da proteção social no país. Nesse momento foi indicado o seu sucateamento e as principais tendências de orientação seletiva e focalizadora. Dessa forma, no tempo presente, elas imperam com maior força, associadas à concreta retirada de direitos, sobretudo vinculados ao trabalho, como demonstra a Reforma Trabalhista e ameaças recorrentes à Previdência Social. Ainda, um desmantelamento do recente SUAS - Sistema Único da Assistência Social e do histórico SUS – Sistema Único da Saúde.

A proteção social brasileira, em processo de construção, configura-se nos dias de hoje sob o signo da desproteção, conforme diversos especialistas (VIANNA, 1998; PEREIRA, 2016). O paradoxo tem explicação na disputa do fundo público que tem o mercado como vitorioso, com larga vantagem. Posto isso, os imigrantes recentes no Brasil, por sua origem de classe e socioterritorial, ao acessarem tais políticas vão encontrar barreiras diversas, à semelhança dos brasileiros, de ordem estrutural e também conjuntural. No entanto, a condição de imigrante os coloca em desvantagem por razões diversas que exigem enfrentar o debate acerca da redistribuição e do reconhecimento (FRASER, 2007) no que diz respeito, de um lado, à política em seu sentido ampliado e, da mesma forma, de outro, no acesso à política de saúde brasileira. Prosseguindo com a autora mencionada, o campo da redistribuição, herdeiro dos defensores do princípio da igualdade, advoga uma genérica forma de lidar com a desigualdade, considerando a riqueza socialmente produzida também apropriada de forma igualitária entre os homens e as nações. Em sentido oposto, no campo do reconhecimento, estão aqueles que tematizam a questão das minorias em seus múltiplos recortes raciais, étnicos e de gênero, por exemplo. Refutando uma posição de oposição, a autora defende o uso de abordagens integrativas que consideram ambas as lutas, como condição para a justiça social.

Ao examinar a política de saúde brasileira, tendo como mediação concreta o acesso dos

imigrantes, podem-se identificar as dificuldades de efetivar a proposta de Fraser (2007) e, ao mesmo tempo, demonstrar sua atualidade.

Enquanto princípio do SUS, a universalidade possui raízes nas lutas por redistribuição em um país com lastro de profundas desigualdades, inclusive no acesso à saúde. Todavia, os demais princípios - equidade, integralidade - consideram o “chão” sobre o qual foi construído o sistema. Os autores Paim e Silva (2001, p. 2), ao estudarem tais noções na produção acadêmica de saúde e a matriz filosófica que as orientou, concluem:

No SUS, universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria essencial alvo especial das intervenções. E a integralidade tende a reforçar as ações inter-setoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas.

Dessa forma, ao menos do ponto de vista ideal, o SUS se aproximaria da proposta de Fraser (2007) ao integrar as diferentes formas de inserção dos indivíduos na sociedade. Esse ideário, progressista e orgânico do ponto de vista da realidade brasileiro, nunca foi de fato alcançado. Embora existam políticas nacionais de saúde específicas para populações negligenciadas (população negra, indígenas, entre outros), o que evidencia a presença do reconhecimento; há um hiato entre o que é previsto nas normas e o que de fato é operacionalizado. Recentemente, o pesquisador Manuel Carlos Ribeiro (RADIS, 2017), abordando pesquisa desenvolvida junto aos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo, afirmou que “a unidade de saúde é um espaço para pesquisa em populações negligenciadas, das quais se têm pouco registro ou se sabe pouco”.

Em diálogo com os dados da pesquisa e o referencial teórico trabalhado, entende-se que a territorialização enquanto estratégia do agir em saúde não tem sido de fato utilizada. Os imigrantes entrevistados, embora tenham acessado os serviços de saúde, só o procuraram adoecidos e autoavaliaram suas condições de saúde como

¹¹ Análise empreendida a partir de pesquisa documental no PARANÁ: Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. **Plano Estadual de Políticas Públicas para Promoção e Defesa dos Direitos dos Refugiados, Migrantes e Apátridas do Paraná 2014 – 2016**. Curitiba, 2014. p. 01 – 31.

“boa”, por não estarem com nenhum sintoma de doença.

Tal constatação permitiu aferir a prevalência de uma concepção restrita de saúde. É provável que tal concepção seja decorrente de o Haiti ter uma política de saúde fragilizada. Conforme afirmam Jaques *et al.* (2017, p.07), embora a política nacional de saúde tenha como referência os princípios da universalidade, integralidade e equidade, sua operacionalização se dá por um “pacote mínimo de serviços à população do país”. Ainda, segundo os autores,

[...] o sistema de saúde haitiano apresenta graves problemas de funcionamento, de organização e de gestão, o que resulta em uma oferta de cuidados fragmentada, com acesso restrito e baixa qualidade. A cobertura da população não chega aos 60%, e os recursos humanos são insuficientes e têm baixa qualificação.

As diferenças entre os sistemas territoriais de saúde são eminentes, mas a maior delas reside na universalidade, presente nas normativas das duas políticas nacionais, mas com caráter restritivo no Haiti. No entanto, o acesso dos haitianos à política de saúde brasileira encontrou barreiras (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). A barreira econômica foi identificada pelo desembolso direto para pagamento de consulta médica, mediante a demora de atendimento no SUS e também para aquisição de medicamentos e realização de exames.

A realidade do acesso dos imigrantes demonstra o quadro de sucateamento do SUS no contexto atual que expõe muitos usuários a situações semelhantes. Posto isto, são adequadas as formulações de Vianna (1998) sobre a saúde brasileira que pretende ser universal, mas caminha lado a lado com a lógica mercantil, reduzindo o SUS para os pobres, que não podem pagar por um plano de assistência à saúde no país. Aliás, os imigrantes entrevistados não possuem plano de saúde, mas um deles tem no horizonte a intenção de tê-lo, a partir de uma melhoria na renda, em vista do baixo salário atual. De tal modo, como consequência óbvia, o sucateamento do sistema faz alavancar o número de planos privados de saúde no país.

Outro lado da dimensão econômica se refere ao custo do deslocamento para acessar

o sistema de saúde. Embora as UBS sejam próximas dos locais de residência, os sujeitos da pesquisa tiveram como porta de entrada do sistema a única UPA do município¹², cujo atendimento eles avaliaram como melhor que o das UBS frequentadas. Nesse sentido, ao articular a barreira econômica com a caracterização dos imigrantes na região estudada, em que a maioria dos haitianos está desempregada; atuando de forma informal ou inserida em postos de trabalho de baixa remuneração, como a construção civil, o dispêndio de qualquer quantia financeira para o cuidado em saúde é significativo.

Outra barreira é a informacional, posto que ambos não obtiveram nenhuma informação sobre o funcionamento do serviço, muito menos do SUS. Nenhum deles recebeu a visita de agentes comunitários de saúde em suas residências. A procura voluntária, mediante agravos de saúde, foi mediada por outros imigrantes ou brasileiros apontados por “amigos”.

Em relação à barreira cultural, ficou evidente que, para as mulheres haitianas, pela própria configuração das relações de gênero no Haiti¹³, confinadas no ambiente doméstico, o domínio de outro idioma é restrito. No caso da informante da pesquisa, fora do mundo do trabalho, as dificuldades referentes ao idioma português são um dificultador na comunicação com os profissionais em saúde, pois não consegue expor suas queixas e pouco entende o que lhe é falado. De forma diferente, o outro imigrante, homem, com sua trajetória de imigração, domina o espanhol e se comunica de forma satisfatória em português, aprimorado por estratégias próprias e pela permanência em postos de trabalho no Brasil, portanto o exercício do novo idioma lhe permite comunicar-se sem problemas.

As relações de gênero, fundadas no patriarcado, são semelhantes às do Brasil, posto que expressam a dominação masculina em todos os âmbitos da vida social, mas sobretudo no trabalho. Embora as mulheres nunca tenham

¹² Em termos de distância das residências dos imigrantes, o trajeto percorrido de carro equivale a 12 minutos; a pé, 01 hora e não consta trajeto de ônibus (Rotas traçadas pelo App Google Maps)

¹³ Ver mais em: ARAÚJO, Adriano Alves de Aquino. Limitações e estratégias de ação feminina na sociedade haitiana: categorias de articulação/interseccionalidades. Revista Agenda Social, v.9, n.2, 2015, p.19-28.

sido alheias ao trabalho e contribuído historicamente para o processo de riqueza social e subsistência da família, elas são submetidas a funções inferiores na sociedade e restritas ao âmbito doméstico e cuidado materno, tendo em vista a própria lógica do sistema capitalista, bem como do patriarcado. Considerando a divisão sexual do trabalho, entende-se que, de acordo com Kergoat (1996), existem dois princípios que reafirmam tal lógica, o princípio da separação, isto é, trabalho feminino e trabalho masculino, e o princípio da hierarquização, o qual significa dizer que o trabalho masculino tem mais valor que o trabalho feminino.

Na pesquisa, tendo como fonte os formulários aplicados junto aos imigrantes, majoritariamente as mulheres estão desempregadas e apresentam maiores dificuldades com o idioma, conforme exposto acima. Ainda, ambos não obtiveram informações sobre as políticas de saúde da mulher e do homem quando estiveram nos serviços, indicando a sua lógica curativista. No entanto, o imigrante possuía conhecimento da política, por ter ouvido uma entrevista do Ministro da Saúde no rádio e informou que, a partir dali, ficou mais atento com seu autocuidado. Essa informação faz refletir sobre a importância de divulgar os serviços existentes e informar os imigrantes, que os desconhecem, mas se interessam e são receptivos a eles.

Identificou-se, ainda, que ambos os sujeitos possuem críticas aos SUS, no entanto, enquanto a mulher imigrante centra-se em aspectos como infraestrutura e na sequência, justificando que para ela está “bom” por “não ser brasileira e ser uma estrangeira”, o homem atribui à corrupção no país a situação do sistema¹⁴, apresentando uma justificativa politizada.

Diante do exposto, fica evidente que os imigrantes enfrentam inúmeras barreiras no acesso à saúde e que, sozinhos, procuram estratégias para vencê-las, bem como interpretam de forma dúbia as razões para os entraves vivenciados nesse percurso.

Retomando as problematizações de Fraser (2007), entende-se que os imigrantes são afetados pela ausência de uma perspectiva de redistribuição de um sistema de proteção social que, no

contexto atual, tem na focalização e seletividade tendências marcantes (VIANNA, 1997). Todavia, o reconhecimento deles enquanto sujeitos de direitos a uma política de saúde integral e equânime constitui um longo caminho a percorrer.

Considerações finais

No decorrer do artigo, a territorialização foi indicada como condição para qualificar e efetivar o acesso dos usuários da referida política, da mesma forma que foi enfatizada a presença dos imigrantes nos territórios em que estão os serviços públicos. Pela pesquisa bibliográfica, também é possível afirmar que a saúde possui um acervo consolidado de pesquisas acadêmicas que permeiam as normativas governamentais para as práticas em saúde realizadas nos territórios. No entanto, os dados demonstraram que os imigrantes se territorializam de forma solitária, a partir de suas redes pessoais e outros mecanismos, não sendo possível registrar a presença do setor público nesse processo, o que contraria os preceitos legais no atendimento dos imigrantes, tanto do princípio da integralidade, quanto da equidade. Considera-se temerário tal contexto posto que os imigrantes necessitam de ações particulares e específicas, dado seu processo de sujeitos desterritorializados, tornando-se os únicos responsáveis por percorrer os desconhecidos caminhos na busca pelo direito à saúde. Enquanto isso, os serviços de saúde negligenciam sua presença e não se responsabilizam por eles, o que pode, ao longo do tempo, culpabilizar os imigrantes por não acessarem o sistema, não frequentarem os serviços e participarem de eventuais ações que possam ocorrer.

Enfim, os imigrantes estão nos territórios há vários anos, trabalham, residem, possuem amigos, vão a cultos religiosos, frequentam o comércio local, circulam pelas mesmas ruas que as equipes, mas não são enxergados. A luta por reconhecimento pressupõe, antes de qualquer coisa, serem vistos, o que neste estudo pareceu não ocorrer. Instala-se, assim, um impasse no interior da política de saúde que intencionou por seus princípios a articulação da redistribuição e do reconhecimento, mas o estudo dos acessos demonstra que houve perdas significativas nesse caminho. Da mesma forma, a pesquisa de campo levou a reflexões que orientam novos estudos em

¹⁴ As entrevistas foram feitas no auge da operação “Lava Jato no país”.

curso e que fogem do objetivo deste trabalho. Dar voz aos migrantes, ouvir suas trajetórias de vida, suas queixas e dificuldades faz questionar o porquê do “abandono” do território e da territorialização enquanto orientadora das práticas em saúde nos serviços. Defende-se que não é preciso propostas inéditas, pois nesses campos há elementos suficientes para que equipes em saúde coloquem a temática das migrações em seu cotidiano de trabalho, bem como sejam corresponsáveis por sua inclusão na agenda pública do planejamento em saúde nos territórios.

Referências Bibliográficas

- ACNUR. **Refúgio em números**. 2017. Disponível em: <<http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2017/refugio-em-numeros-2010-2016>>. Acesso em: 15 jan. 2018.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.
- BAENINGER, R. Notas acerca das migrações internacionais no século 21. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 37, 2013, Águas de Lindóia. **Anais eletrônicos do Portal das Ciências Sociais Brasileiras**. Brasil: ANPOCS, 2013. p. 56-78. Disponível em: <http://portal.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=8626&Itemid=459>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- BARCELLOS, C. Problemas Emergentes da Saúde Coletiva e a Revalorização do Espaço Geográfico. In: MIRANDA, et al. (Org.) **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2008, p. 43-55.
- BARCELLOS, C; MONKEN, M. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.3, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>>. Acesso em: 01 de fev. 2018.
- BETTIOL LANZA, L. M.; SANTOS, A. B.; RODRIGUES, J. R. Migração, território e as políticas de seguridade social. **Revista Argumentum**, Vitória, v.8, n. 3, p. 54 – 66, set./dez. 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.
- BRASIL, Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Decreto 8.142 de 28 de dezembro de 1990. 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 dá outras providências. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990.
- BRASIL. Conselho Nacional de Imigração. Resolução Normativa nº 97, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a concessão do visto permanente previsto no art. 16 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, a nacionais do Haiti. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2012. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=116083>>. Acesso em: 04 jan. 2018.
- BRASIL. Lei nº 13.445 de 24 de Maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm> Acesso em: 5 jan. 2018.
- BRAVO, M. I. S. MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p.197-217.
- CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na intervenção. IN: GIOVANELLA, Lígia (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.141-166.
- CORRÊA, M. A. S. et al. Migração por sobrevivência: soluções brasileiras. In: **Revista Interdisciplinar de Mobilidade Humana**, Brasília, Ano XXIII, n. 44, p. 221-236, jan./jun. 2015.
- CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. In: MOTA, et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 111-140.
- DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p.62 – 83.
- DURAND, J; LUSSI, C. **Metodologia e Teorias no Estudo das Migrações**. Jundiaí: Paco Editorial, 2015.

- FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, p.131-147, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>>. Acesso em: 31 de jan. 2018.
- FRASER, N. Reconhecimento sem ética? **Revista Lua Nova**, São Paulo, n. 70, p.101-220, 2007.
- HARVEY, D. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.
- IPARDES. Taxa de desemprego do Paraná cai para 8,9% no segundo trimestre. 2017. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_noticia=876>. Acesso em: 20 ago. 2017.
- JAQUES, N. et al. Equidade e saúde de mulheres no Haiti. **Revista Panam Salud Pública**, n. 41, p.01-07, 2017.
- KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: LOPES, M.; MEYER, D.E; WALDOW, V.R (Org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 55-63.
- MARANDOLA JR., E.; DAL GALLO, P.M. Ser migrante: implicações territoriais e existenciais da migração. In: ENCONTRO NACIONAL SOBRE MIGRAÇÕES, 6, 2009, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABEO, 2009.
- MARTINS, J. et al. **A Diáspora Haitiana**: da utopia à realidade. Foz do Iguaçu: Gráfica Grapel, 2014, p.48.
- MENDONÇA, M.H; TEIXEIRA, S.F. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S.F. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995. p.193-232.
- MILESI, R. **Haitianos no Brasil**: dados estatísticos, informações e uma recomendação. 2016. Disponível em: <<http://www.migrante.org.br/index.php/migracao-haitiana2/373-haitianos-no-brasil-dados-estatisticos-informacoes-e-uma-recomendacao>>. Acesso em: 06 ago 2017.
- MIOTO, R.C.T; NOGUEIRA, V.M.R. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, et al. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p.218-241.
- MOYSÉS, S. T.; SÁ, R. F. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4323-4329, 2014.
- ONUBR. **Número de migrantes internacionais chega a cerca de 244 milhões, revela ONU**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org>>. Acesso em: 10 jan. 2018.
- PACHECO, C. A.; PATARRA, N. Movimentos migratórios anos 80: novos padrões? In: PATARRA, N.; BAENINGER, R.; BOGUS, L; JANNUZZI, P. **Migrações, Condições de Vida e Dinâmica Urbana**: São Paulo, 1980-1993. Campinas: Unicamp, 1997. p.25-52.
- PAIM, J.S; SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)** v.12 n.2 São Paulo ago. 2010.
- PEREIRA, C. P. **Proteção Social no capitalismo**: crítica a teorias e ideologias conflitantes. São Paulo: Cortez, 2016.
- PEREIRA, M.P.B. et al. O território no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, jun. 2006. Disponível em: www.hygeia.ig.ufu.br. Acesso em: 01 de fev. 2018.
- PESSOA, V.M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.8, p.2253 - 2262. 2013.
- RADIS. **Atenção à saúde da população negligenciada**. 2014. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/147/reportagens/atencao-populacao-negligenciada>>. Acesso em: 30 jan. 2018.
- SANTOS, M. **A natureza do espaço**: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. 2 reimpressão. São Paulo: USP, 2006. 260 p.
- SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M; SOUZA, M.A.A. de; SILVEIRA, M.L. (Org.). **Território**: globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 6 ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SAQUET, M.A.; SILVA, S.S. Milton Santos: concepções de geografia, espaço e território. **Geo UERJ**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 18, p. 24 - 42. 2008.
- SAYAD, A. **A imigração ou os paradoxos da alteridade**. São Paulo: USP, 1998.

SEGUY, F. **A catástrofe de janeiro de 2010, a “Internacional comunitária” e a recolonização do Haiti**. 2014. 399 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2014.

SEGUY, F. Seis séculos de veias abertas. **PUCviva**, São Paulo, v. 37, p. 9-21, jan/abr 2010.

TÉLÉMAQUE, J. **Imigração haitiana na mídia brasileira: entre e representações**. 2012. 95 f. Monografia (Graduação bacharel em Comunicação Social, com habilitação em Publicidade e Propaganda) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In GIOVANELLA, L., S. et al., (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2008. p.215-243.

TRUZZI, O. Redes em processos migratórios. **Tempo social**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 199 - 218, 2008.

VENTURA, D.; ARAÚJO, N. Infográficos: migração e direitos humanos. **Revista Sur**. ed. 23. jul./2016. Disponível em: <<http://sur.conectas.org/infograficos-migracao/>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

VIANNA, M.L.T.W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

VIANNA, M.L.T.W. A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica. **Revista Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 120-145, 1997.

VILLA, T.C.S. et al., A Vigilância Epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território-secretaria municipal de saúde – Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.1, p. 21 - 27, 2002.

VILLEN, P. O estigma da ameaça ao emprego pelos periféricos na periferia: crise e imigração no Brasil In: **RUA** [online]. v. 1, n. 21, p. 247 – 264, nov./2015.