UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

JAMESON VINÍCIUS MARTINS DA SILVA

A TENSÃO ENTRE O NACIONAL E O LOCAL NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS MIGRATÓRIAS: O ACESSO DOS MIGRANTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE SÃO PAULO E BARCELONA

SÃO PAULO
2017

JAMESON VINÍCIUS MARTINS DA SILVA

A TENSÃO ENTRE O NACIONAL E O LOCAL NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS MIGRATÓRIAS: O ACESSO DOS MIGRANTES AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS CIDADES DE SÃO PAULO E BARCELONA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais do Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências

Orientadora: Prof. Deisy de Freitas Lima Ventura

Versão corrigida

A versão original se encontra disponível na Biblioteca do Instituto de Relações Internacionais

SÃO PAULO

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Biblioteca do Instituto de Relações Internacionais

Silva, Jameson Vinícius Martins da.
A tensão entre o nacional e o local no âmbito das políticas migratórias: o acesso dos migrantes aos serviços de saúde nas cidades de São Paulo e Barcelona / Jameson Vinícius Martins da Silva -- Orientadora: Deisy de Freitas Lima Ventura. São Paulo: 2017. 82 p.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Relações Internacionais. Universidade de São Paulo.

1. Migração. 2. Cidades. 3. Política de Migração. 4. Política de Saúde. I. Ventura, Deisy de Freitas Lima. II. Título.

CDD 325

Dedico este trabalho aos meus pais, Francisco e Neuda. Como todos os migrantes do mundo, deram o seu melhor por dias melhores para mim e para nossa família. Este é mais um passo da nossa história, da qual muito me orgulho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, professora e amiga Deisy Ventura, pela parceria e pelo apoio ao longo de toda a jornada de pesquisa. Além de toda sua generosidade acadêmica, Deisy é para mim referência de substância e brilhantismo intelectuais e sua companhia é motivo de profundo orgulho e gratidão.

Agradeço ao Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo (IRI-USP), meu lugar de formação pelo qual nutro enorme carinho. Por meio dos recursos da Bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), obtive também do IRI o incentivo financeiro para realizar este trabalho.

Agradeço a todos aqueles que participaram, direta ou indiretamente, da produção da pesquisa. Aos entrevistados, por sua abertura e disponibilidade. Aos colegas Augusto Veloso e Isadora Steffens, do Grupo de Pesquisa em Políticas Locais de Migração, parte integrante do Projeto de Extensão Universitária São Paulo Cosmópolis. Nosso trabalho conjunto em diversas ocasiões foi fonte de referências e de vasto aprendizado sobre o tema das migrações. Que nossa parceria perdure e gere frutos ainda maiores! Aos amigos e colegas do Programa de Pós-Graduação do IRI-USP, com quem partilhei aulas, debates, seminários ou simples conversas que tornaram o caminho mais leve.

Ao Diego, pelo amor e pelo apoio diário. Muito difícil imaginar uma vida feliz sem você.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS 6
RESUMO 7
1. INTRODUÇÃO 8
2. QUESTÕES METODOLÓGICAS 10
3. A TENSÃO ENTRE O NACIONAL E O LOCAL NAS POLÍTICAS MIGRATÓRIAS 12
4. O NEXO ENTRE MOBILIDADE HUMANA, SAÚDE E CIDADES 19
5. O CASO DE SÃO PAULO 22
5.1. Dados e moldura jurídico-institucional 22
5.2. Temas recorrentes da saúde da população migrante 25
5.3. A construção da política municipal para migrantes 30
5.4. Iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) 35
5.5. Perspectivas da política municipal para migrantes 42
6. O CASO DE BARCELONA 45
6.1. Dados e moldura jurídico-institucional 45
6.2. A orientação da política de integração migratória em Barcelona e na Catalunha 49
6.3. Barreiras ao direito à saúde e o Real Decreto-Lei 16/2012 55
6.4. As respostas locais e regionais ao RDL 60
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 65
8. APÊNDICE A - Lista de Entrevistados 69
9. APÊNDICE B - Questionários de Entrevistas 70
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 75

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde

ASPB Agência de Saúde Pública de Barcelona

CA Comunidade Autônoma

CEInfo Centro de Epidemiologia e Informação

CMI Conselho Municipal de Imigrantes

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CPMig - Coordenação de Políticas para Migrantes

CRAI - Centro de Referência e Acolhida para Imigrantes

CSB Consórcio Sanitário de Barcelona

ESF - Estratégia Saúde da Família

GT - Grupo de Trabalho

IPPDH - Instituto de Políticas Públicas e Direitos Humanos do Mercosul

LO Lei Orgânica

MS - Ministério da Saúde

OSC - Organização da Sociedade Civil

OIM - Organização Internacional para as Migrações

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana da Saúde

PAS - Programação Anual de Saúde

PMSSP - Plano Municipal de Saúde de São Paulo

RDL Real Decreto-Lei 16/2012

REDER Rede de Denúncia e Resistência ao RDL 16/2012

SAIER Serviço de Acolhida ao Imigrante, Emigrante e Refugiado

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SMDHC - Secretaria Municiapl de Direitos Humanos e Cidadania

SMADS - Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social

SCS Serviço Catalão da Saúde

EU União Europeia

RESUMO

O teor securitário que compromete a eficiência das políticas migratórias na esfera nacional, a distribuição de competências entre os diversos níveis de governo e a proximidade entre as autoridades locais e os cidadãos fazem das cidades uma importante unidade de análise para a compreensão do fenômeno migratório. A presente dissertação busca verificar de que forma as cidades de São Paulo, no Brasil, e Barcelona, na Espanha, respondem às lacunas das respectivas políticas migratórias nacionais, examinando particularmente o acesso dos migrantes aos serviços de saúde na dimensão local. Ao reconhecer que a interface entre a mobilidade e a saúde humanas tende a expandir-se, eis que tanto as políticas migratórias como a sua ausência causam impacto significativo sobre a saúde dos migrantes e das sociedades de acolhida ou trânsito, a pesquisa investiga o papel das políticas migratórias na efetivação dos direitos humanos dos migrantes, em especial o direito à saúde. Determinadas iniciativas de administrações locais tentam responder às demandas geradas pelo fenômeno migratório, e se mostram comprometidas com uma agenda de proteção dos direitos dessas populações, em claro contraste com a orientação da legislação e da política migratória do plano nacional. Como já demonstra a literatura sobre migrações e governos locais, as cidades de São Paulo e de Barcelona demonstram tal empenho, embora suas respectivas administrações atuem em contextos jurídico-institucionais distintos: um de escassa consistência jurídica, no caso brasileiro, e outro de extensa legislação de teor restritivo, no caso espanhol.

Palavras-chave: *políticas migratórias, cidades, direito à saúde, São Paulo, Barcelona*

ABSTRACT

The securitarian tone hindering the efficiency of migration policies in the national realm, the distribution of competences among several government levels and the closeness between local authorities and citizens, all make cities an important unit of analysis for understanding the migration phenomenon. This Master's thesis aims to assess how the cities of Sao Paulo, in Brazil, and Barcelona, in Spain, respond to the gaps of their respective national migration policies, examining particularly the access of migrants to healthcare services at the local level. Admitting that the interplay between human mobility and health tends to expand, since both migration policies and their absence cause a significant impact on the health of migrants and reception and transit societies, this research explores the role of migration policies in making migrants' human rights effective, notably the right to health. Some initiatives of local administration seek to meet the demands sparked by migration and seem committed to a protective agenda of these population's rights, in a clear-cut contrast with the orientation of national migration laws and policies. As the literature on migration and local government exposes, the cities of Sao Paulo and Barcelona display such an effort, although their respective governments work in distinctive legal and institutional contexts: one of scarce legal consistency, in the Brazilian case, and another in an extensive legislation of restrictive contents, in the Spanish case.

Key words: *migration policies, cities, right to health, Sao Paulo, Barcelona*

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as migrações internacionais atingiram dimensões absolutas inéditas. O número oficial de migrantes internacionais saltou de 77 milhões em 1975 para 244 milhões em 2015 (ONU, 2016). Embora a cifra corresponda em termos relativos a 3,3% da população mundial, menor que os 5% do início do século passado, qualitativamente os fluxos se diversificaram e concernem hoje praticamente todas as regiões do planeta, seja pela partida, pela acolhida, pelo trânsito ou pelos três ao mesmo tempo. Regiões antigamente de partida -- sobretudo o continente europeu -- tornaram-se regiões de recepção dos migrantes, e novas zonas de atração emergiram, particularmente no Sul global, como o Golfo Pérsico, os BRICS e algumas partes da África (WIHTOL DE WENDEN, 2013).

Se adicionamos às migrações internacionais os migrantes internos aos Estados, estimados em 740 milhões (PNUD, 2009), constatamos que o fenômeno das migrações se tornou incontornável no mundo contemporâneo e adquiriu, portanto, relevância crescente tanto em termos das políticas estatais que buscam gerir esses fluxos quanto nas relações internacionais. A despeito da abrangência e do volume das migrações atuais, até muito recentemente o campo de estudos das relações internacionais não dedicou, entre suas abordagens mais tradicionais centradas nos Estados, um espaço à altura da repercussão gerada pela mobilidade humana (MOULIN, 2010, p. 9).

Ainda assim, no plano global, desde o início dos anos 2000, houve uma profusão de estudos e iniciativas por parte das organizações internacionais no sentido de incrementar a cooperação internacional em matéria de migrações, que "repentinamente estava por toda parte, no sistema onusiano e além dele" (NEWLAND, 2005). Tais iniciativas teriam constituído uma incipiente governança global das migrações, à qual se dirigem muitas críticas, entre elas, a de que sua agenda seria elitista e verticalizada, posto que seus principais implicados, os Estados, tanto geradores como receptores de mão-de-obra, sustentam uma visão utilitária e desenvolvimentista do que se chama "gestão dos fluxos", isto é, tendem a reduzir a questão migratória ao incremento dos ganhos econômicos derivados da mão-de-obra migrante (PÉCOUD, 2014; BARALDI, 2014).

No entanto, mesmo que reconheçam a importância das migrações de um ponto de vista estritamente econômico, observam-se entre os Estados diferentes padrões de controle de fronteiras. No sentido Sul-Norte, o direito de saída do Sul é relativamente livre, enquanto a

entrada no Norte é restrita, particularmente à mão-de-obra pouco qualificada; entre os países do Norte, o trânsito e a salvaguarda de direitos são mais homogêneos, gerando fluidez migratória e riqueza; do Sul ao Sul, a entrada e a saída são grosso modo abertas, sobretudo face a demandas de mão-de-obra, mas os direitos dos migrantes extremamente reduzidos; e por fim, no sentido Norte-Sul, embora o trânsito seja relativamente desobstruído, certos direitos como acesso à nacionalidade e à propriedade são bastante restritos (WIHTOL DE WENDEN, 2013).

Baseados no princípio da soberania sobre o controle das fronteiras, os Estados de recepção, particularmente os desenvolvidos, investem pesadamente em mecanismos de dissuasão e contenção dos fluxos migratórios em sua direção. Dessa forma, criam em torno de suas fronteiras estruturas espetaculares de segurança, motivados também por questões econômicas, em especial a opulência do mercado de segurança; e político-ideológicas, sobretudo os discursos xenófobos legitimados na disputa política interna que equiparam a presença dos migrantes à uma suposta ameaça às identidades locais e ao bem-estar público (RODIER, 2012). À postura intransigente das políticas desses Estados se podem atribuir as dezenas de milhares de mortes -- estimadas em ao menos 60 mil nas últimas duas décadas -- nas linhas de fronteira entre as zonas de atração e repulsão de migrantes (OIM, 2016).

2. QUESTÕES METODOLÓGICAS

Em meio à visibilidade adquirida pelo tema das migrações nos meios de comunicação e no ambiente acadêmico, me propus investigar a relação, cada vez mais destacada, entre os fluxos migratórios e os espaços urbanos. Contribuíram decisivamente para o meu interesse no tema o ponto de vista privilegiado do Instituto de Relações Internacionais da USP, onde já se desenvolviam projetos de extensão universitária dedicados ao tema coordenados por minha orientadora, Prof. Deisy Ventura, como o Educar para o Mundo (2009) e São Paulo Cosmópolis (2013); e minha experiência de intercâmbio na Universitat de Barcelona (UB), em 2009, onde tive a ocasião de cursar uma disciplina sobre os direitos dos imigrantes no contexto espanhol e europeu. Com esses precedentes, e observando a relevância crescente das migrações internacionais, particularmente em São Paulo, que passou a empreender suas próprias iniciativas políticas na matéria nos últimos anos, escolhi então as cidades de São Paulo e Barcelona como lócus de pesquisa.

Para ambos os casos, além do extenso exame da literatura acadêmica e da legislação dos diversos níveis de governo a respeito das migrações e do direito à saúde, recorri a entrevistas semiestruturadas, baseadas em questionários abertos, com representantes do Poder Público e de organizações da sociedade civil atuantes no tema das migrações nas cidades. A lista das instituições que cederam entrevistas, bem como os questionários utilizados, encontram-se nos apêndices deste trabalho. No caso de São Paulo, cabe aqui destacar a importância de minha participação no Projeto de Extensão São Paulo Cosmópolis para os resultados da pesquisa, particularmente para a obtenção de uma rede de contatos que viabilizou a aproximação com as instituições entrevistadas e a participação em foros públicos de discussão do tema das migrações.

Entre esses foros, destaco o Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População Imigrante, que reuniu, sob a Coordenação de Políticas para Migrantes (CPMig), representantes de diferentes secretarias municipais e organizações da sociedade civil, entre elas o Projeto São Paulo Cosmópolis, a fim de redigir a base do texto da Lei Municipal para a População Imigrante, aprovada em meados de 2016. Minha participação no Comitê propiciou o contato direto com essas instituições e facilitou meu trânsito, também como pesquisador, para obter delas informações a respeito de suas atividades, relações e visões sobre a política municipal para

migrantes internacionais. Todas as organizações que cederam informações a este estudo estiveram presentes no Comitê.

No caso de Barcelona, o contato prévio com docentes da UB, de cujos cursos eu havia participado, como o Prof. Eliseo Aja, renomado jurista catalão, ou cuja produção acadêmica havia servido de base para a concepção de meu projeto de pesquisa, como o Prof. Ricard Zapata-Barrero, cientista político da Universitat Pompeu Fabra, foram fundamentais para a obtenção dos contatos de representantes de organizações governamentais e não-governamentais, no chamado processo de *snowballing*. Duas estadias na cidade, de três semanas cada, em setembro de 2016 e fevereiro de 2017, permitiram uma profícua coleta de entrevistas, apesar de não exaustiva, por não abarcar toda a extensa rede de organizações concernidas pelo tema.

Por fim, e não menos importante, esclareço que o uso do termo "migrante" ao longo do texto faz referência a diversas categorias migratórias que designam migrantes internacionais (imigrante, refugiado, apátrida, migrante fronteiriço e visitante). O uso do termo "imigrante" se faz por coerência com a redação de textos legislativos ou acadêmicos utilizados como referência pelo autor como, por exemplo, a legislação municipal sobre migrações na cidade de São Paulo, que utiliza como categoria o termo "imigrante". Nas seções que se seguem, exploraremos a cada vez maior relevância atribuída aos níveis subnacionais de governo em matéria de migrações, situando os casos elencados pela presente pesquisa nesse contexto. Logo, apontaremos as relações que se estabelecem entre a mobilidade humana, a saúde pública e os espaços urbanos. Finalmente, apresentaremos os resultados do estudo dos casos escolhidos.

3. A TENSÃO ENTRE O NACIONAL E O LOCAL NAS POLÍTICAS MIGRATÓRIAS

Uma parte da literatura mais recente sobre as migrações reconhece que, embora se atribua às autoridades nacionais a adoção de instrumentos legais que regulam o ingresso em seus respectivos territórios e o status jurídico do migrante, na prática são as administrações subnacionais que se incumbem das medidas que, em última instância, consistem na integração do migrante ao seu corpo social (CORELLA, 2004; FAUSER, 2008; SUMPTION, 2014; PRICE, 2014). Existe um vasto e controverso debate a respeito do emprego do conceito de integração (BOUCHER, 2007), que opõe "assimilacionistas" e "multiculturalistas", particularmente nos países desenvolvidos, receptores de fluxos mais antigos[1]. No âmbito deste trabalho, considerou-se adequado o emprego do conceito nos termos de Spencer (2011), para quem a integração consiste em "processos de interação entre migrantes e indivíduos e instituições da sociedade receptora que facilitam a participação econômica, social, cultural e cívica e um sentido de pertencimento inclusivo nos níveis nacional e local". Deve-se ainda admitir, de acordo com a autora, que essa participação é mediada pelos direitos adquiridos pelos migrantes, cuja chamada integração depende, de forma decisiva, da abertura das estruturas institucionais da sociedade receptora. (SPENCER, 2011, p. 201).

A emergência das cidades como espaços estratégicos de disputa por acesso a direitos de cidadania constitui, de acordo com Sassen (2006), um resultado político relevante da perda relativa de poder dos governos nacionais como determinantes dos fenômenos sociais. Tratando especificamente das cidades globais, que representam os nódulos onde se concentram simultaneamente os grupos que comandam o capital global e as populações socialmente mais vulneráveis -- entre as quais, migrantes, mulheres, negros e habitantes de zonas habitacionais degradadas -- a autora vislumbra a escala das cidades como a mais propensa para o surgimento de novas dinâmicas políticas e econômicas, entre elas, a da reivindicação de direitos à cidade. Isto se

[1] O princípio multiculturalista de integração "reconhece, gere e maximiza os benefícios da diversidade cultural. Os migrantes permanecem distinguíveis da maioria da população por meio de sua língua, cultura e comportamento social sem pôr em risco a identidade nacional. O assimilacionismo consiste na adaptação de um grupo social ou étnico -- geralmente minoritário -- a outro. A assimilação envolve a subordinação da língua, tradições, valores, modos e comportamento ou mesmo interesses vitais fundamentais. Embora as práticas culturais tradicionais do grupo não sejam abandonadas completamente, em geral a assimilação levará um grupo a ser indistinguível de outros membros da sociedade" (PERRUCHOUD; REDPATH-CROSS, 2011).

daria por meio de práticas de cidadania pautadas na visibilidade dos grupos excluídos que, embora desprovidos de poder, teriam já no reconhecimento de sua presença no espaço urbano um elemento de aberturas, retóricas ou práticas, do conceito de cidadania assentado nos Estados nacionais.

Há décadas, este entendimento da cidadania baseada na presença física na cidade tem norteado o movimento das cidades-santuário nos Estados Unidos, uma rede de dezenas de cidades e condados norte-americanos que, com graus variados de proteção jurídica aos direitos de migrantes em seus territórios, opõem-se às reiteradas restrições aos migrantes provindas do governo federal daquele país. Desde a década de 1980 até os dias atuais, houve uma crescente criminalização da migração, que acentuou a estigmatização e, por vezes, perseguição a determinados grupos migrantes, particularmente latino-americanos e muçulmanos. Diante deste quadro, ainda nos anos 1980, cidades como São Francisco e Nova York adotaram resoluções ou mesmo legislação própria de modo a impedir que funcionários públicos municipais, particularmente os serviços policiais, cooperassem com a política nacional pautada na identificação e punição da migração irregular (RIDGLEY, 2008).

Inicialmente dirigida aos migrantes salvadorenhos e guatemaltecos que se instalaram nessas cidades, fugindo da perseguição violenta de seus governos de origem, à época legitimados internacionalmente pelo próprio governo norte-americano, a política de proteção das cidades-santuário se expandiu com o tempo. A reforma da lei migratória norte-americana em 1996, que reduziu drasticamente o acesso de migrantes aos serviços públicos, e a legislação securitária que seguiu os atentados de 11 de setembro de 2001 incitaram ainda mais iniciativas locais de "santuarização" (Ibid). Entre os mais recentes embates entre o governo federal e subnacionais, em especial os municipais, destacou-se a tentativa da administração de Donald Trump de bloquear, por meio de uma ordem executiva, o repasse de recursos fiscais aos governos municipais de cidades-santuário, de modo a dissuadi-las de suas políticas de proteção a migrantes irregulares. Em abril de 2017, uma decisão judicial impediu este bloqueio e impôs um revés temporário à política migratória altamente restritiva do governo federal[2].

A literatura desenvolvida no âmbito da sociologia urbana também reconhece nas grandes cidades os espaços propícios à formação de novos grupos sociais e a emergência de diferentes

[2] Disponível em <https://www.theguardian.com/us-news/2017/apr/25/trump-sanctuary-cities-funding-executive-order-blocked>. Acesso em 27.08.2017

“subculturas”, entre elas a de migrantes internacionais. Valendo-se do conceito de “contra-público” elaborado por Nancy Fraser, como “arenas discursivas paralelas onde membros de grupos sociais subordinados inventam e circulam contra-discursos para formular interpretações opostas de suas identidades, interesses e necessidades (FRASER, 1990), Nicholls e Uitermark (2016) observam as grandes cidades como a escala geográfica mais favorável ao surgimento de movimentos sociais envolvidos com as questões migratórias. Isto se daria em função de três processos que os autores destacam como críticos para a geração desse “contra-público”: a atração de uma população migrante considerável que permite uma economia de escala e de escopo; a possível hostilidade de grupos locais dominantes, que acirram as divisões identitárias e, por fim, uma ampla gama de redes e instituições que podem reforçar os discursos sobre a presença dos migrantes no território urbano, positiva ou negativamente.

A produção acadêmica sobre a integração de migrantes no mundo desenvolvido apenas recentemente passou a se dedicar à relação entre a escala de governo local e migrações, já que por muito tempo e, em última instância, até o presente momento, as políticas relacionadas à migração se sustentam em termos de identidades e políticas nacionais. Segundo Scholten e Penninx (2016), ocorre uma reificação dos diferentes paradigmas de políticas migratórias nacionais e um viés histórico-institucionalista que reduzem a complexidade dos estudos sobre migração e a interação entre os distintos níveis de governo e suas consequências para as políticas migratórias. Oportunamente, Scholten oferece uma tipologia, bastante útil para esta pesquisa, com quatro configurações ideais de relações entre níveis de governo no âmbito das políticas migratórias: a centralista (top-down); a localista (bottom-up), a multinível e a desacoplada (“decoupled”).

A de tipo centralista se refere a uma divisão hierárquica de trabalho entre os níveis de governo (supranacional, nacional e local), em que o primeiro desempenha as funções de codificador e controlador da implementação das políticas no segundo. A localista, em sentido contrário à primeira, envolve o princípio de subsidiariedade do nível local, isto é, este último assume todas as funções dentro de suas competências, tanto para formular como para implementar políticas, por vezes em dissonância com as diretrizes da política nacional. A multinível se refere à interação e coordenação entre os distintos níveis de governo, sem a predominância de nenhum deles, promovendo mais convergência das políticas. Finalmente, a de tipo desacoplada, alude à ausência de qualquer coordenação política significativa entre os

diferentes níveis, o que pode levar à contradição completa das orientações e mesmo conflitos diretos na forma de judicialização do conteúdo das políticas.

Além da literatura acadêmica relativa à importância dos governos locais em matéria de migrações, diversas organizações internacionais especializadas também têm reconhecido a centralidade desse papel e dedicado esforços de compreensão das migrações sob a perspectiva infranacional. Em seu mais recente relatório sobre as migrações no mundo, intitulado *World Migration Report 2015: Migrants and Cities, New Partnerships to Manage Mobility*, a Organização Internacional para as Migrações (OIM), admite, entre as vantagens de considerar as cidades como unidades de análise das migrações, a contribuição a um "quadro mais matizado da dinâmica e dos resultados da migração" e a um interesse mais dirigido a como os migrantes "trabalham, habitam e forjam seus espaços", e menos sobre as razões por que partem de seus locais de origem (OIM, 2015, p. 25).

Cabe destacar, no entanto, que a abordagem de estudos como o da OIM, organização integrante do sistema onusiano desde 2016 e sustentada com recursos de diferentes Estados, endossa, como mencionado anteriormente, uma interpretação desenvolvimentista das migrações. Esta leitura do fenômeno, enquanto reconhece a onipresença da mobilidade, aponta de forma ambígua a incapacidade dos Estados de formular políticas migratórias condizentes com os potenciais ganhos econômicos das migrações, e legitima o papel das organizações internacionais, difusoras dessa perspectiva, como observadoras ou interventoras nessas políticas (PÉCOUD, 2014). Trata-se de uma estratégia que visa a não perturbar o paradigma da soberania estatal, renunciando a examinar o potencial de transformações políticas que as migrações podem produzir.

Em meio a perspectivas distintas, o presente trabalho aborda iniciativas políticas de âmbito local que desenham formas de tratamento mais adequadas ao contingente migrante, cada vez mais relevante no tecido social urbano. Alguns governos de entes subnacionais, em especial os Municípios, têm sinalizado o avanço, mesmo que local, de uma agenda comprometida com o direito dos migrantes que habitam seu território, respondendo diretamente, assim, às lacunas das políticas migratórias forjadas em âmbito nacional. Por meio do estudo de dois casos, os do Município de São Paulo, no Brasil, e o de Barcelona, na Espanha, pretendemos discernir o papel que podem desempenhar governos locais no sentido da salvaguarda dos direitos dos migrantes, considerando suas margens legais e políticas. Para tanto, ao reconhecer o nexo, cada vez mais

estreito nas áreas urbanas, entre mobilidade humana e saúde pública, o trabalho se concentra no acesso aos serviços de saúde dos migrantes nessas cidades.

A escolha desses casos deu-se pela identificação de determinadas semelhanças entre eles no que concerne o fenômeno migratório. Em primeiro lugar, ambas as cidades integram Estados com características federativas, em que ocorre uma distribuição de competências entre as esferas de governo sobre o fornecimento de serviços públicos. Ademais, esses Estados também possuem constituições contemporâneas que reconhecem ampla e explicitamente o direito à saúde (inclusive aos cidadãos não-nacionais), apesar de obstruções de ordem jurídica ou financeira ao bom funcionamento de seus sistemas públicos de saúde, que serão discutidos mais adiante. É importante notar como, até poucos anos atrás, tanto no Brasil como na Espanha, vigiam sistemas públicos de saúde orientados por princípios como a equidade e a universalidade, o que nos permite questionar se tais princípios se efetivam na prática em relação aos migrantes que vivem em seus territórios.

Um outro aspecto que aproxima os dois casos é a adoção de severas políticas econômicas de austeridade fiscal, por parte de seus governos centrais, em resposta aos efeitos da crise econômica iniciada pelo *crash* financeiro de 2008, que teve efeitos quase imediatos na Europa e um pouco mais tarde no Brasil. A Espanha, em particular, tornou-se um caso emblemático de austeridade, por meio da contração acentuada dos orçamentos de serviços públicos e de reformas legislativas que visavam, ao menos entre seus objetivos declarados, a reduzir os gastos governamentais e manter a sustentabilidade econômica (PORTHÉ et al, 2016). O governo brasileiro, por seu turno, em meio a uma aguda crise política precipitada pela conturbada e controversa deposição da presidenta Dilma Rousseff em 2016, e o agravamento das condições econômicas desde 2014, vem empreendendo reformas legislativas no sentido de comprimir o orçamento dos serviços públicos em função de metas fiscais[3].

A imposição dessas medidas de austeridade econômica afeta diretamente as condições de saúde da população como um todo e, em especial, de grupos sociais mais vulneráveis, entre os quais encontram-se necessariamente os migrantes internacionais. Há uma longa e consistente

[3] A mais impactante dessas reformas, até o momento, foi a aprovação pelo Congresso Nacional da famigerada Emenda Constitucional (EC) 95, em dezembro de 2016. A EC 95 prevê um teto dos gastos públicos em diversas áreas da administração federal, por meio de um mecanismo de ajuste do orçamento baseado no índice de inflação, ao longo de vinte anos. Assim, o orçamento previsto para áreas como saúde e educação, que devem se submeter a esse regime a partir de 2018, permanecem na prática congelados em termos proporcionais, já que o seu ajuste está vinculado apenas ao índice oficial de inflação, e não ao aumento de sua demanda.

literatura que demonstra os efeitos que as políticas estatais podem gerar face a crises econômicas importantes ao longo da história. Stuckler e Basu (2014) examinaram em profundidade uma série de casos de implementação de políticas de austeridade e seus impactos sobre a saúde pública em países como Estados Unidos, Reino Unido, Islândia, Grécia e Indonésia e concluíram, com base em forte evidência empírica, que "as recessões podem machucar, porém a austeridade mata". Em outras palavras, o recurso a políticas de austeridade econômica, que normalmente atingem negativamente os serviços públicos de saúde e as redes de proteção social, aprofundam os efeitos das crises econômicas a ponto de ameaçar a vida de grandes segmentos populacionais já vulneráveis, na base da pirâmide socioeconômica (STUCKLER, BASU, 2014).

Ao mesmo tempo, as cidades estudadas apresentam particularidades no que diz respeito às migrações. As políticas do Município de São Paulo relativas aos migrantes ocorrem em meio ao que se pode considerar um vácuo jurídico na matéria (VENTURA, 2014), derivado, por um lado, da obsolescência do Estatuto do Estrangeiro (Lei 6815, de 19 de agosto de 1980), vigente até novembro de 2017, cujo teor altamente securitário não condiz com as dinâmicas migratórias mais recentes do Brasil, e por outro, com a existência de regimes jurídicos diferenciados[4] e uma profusão de medidas *ad hoc* adotadas no plano federal[5], que em seu conjunto não respondem a contento às demandas geradas pelos migrantes. A Lei de Migração (Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017) aprovada pelo Congresso em 18 de abril de 2017, poderá em breve ocupar esta lacuna legislativa, a despeito de uma série de vetos presidenciais. No tocante ao direito à saúde, ainda se preserva o princípio constitucional do acesso universal, o que assegura a prerrogativa formal dos não-nacionais de usufruir dos serviços públicos de saúde.

A administração de Barcelona, por sua vez, atua num contexto de extensa legislação, de diversos níveis, local, nacional e supranacional, cujos conteúdos tendem a orientações diversas,

---

[4] Desde 2009, prevê-se o visto temporário, pelo prazo de até dois anos, para estrangeiros de nacionalidade dos países signatários do Acordo de Residência dos Estados-Parte do Mercosul e Associados (Argentina, Paraguai, Uruguai, Chile, Bolívia, Peru, Colômbia e Equador). Por meio da comprovação dos meios de subsistência no país, os imigrantes destes países podem solicitar a conversão do visto temporário em permanente. A entrada em vigor do Acordo facilitou enormemente a regularização de um importante contingente desses residentes no país, o que contrasta com a ausência de legislação com mesmo teor para aqueles que provêm de outras regiões.

[5] Um bom exemplo dessas medidas pontuais foi a concessão do chamado "visto permanente por razões humanitárias" concedidos a cidadãos haitianos a partir de 2012. Apesar da denominação de "permanente", o visto concedia um prazo de residência de cinco anos aos seus portadores. O visto resultou da Resolução Normativa 97/2012 do Conselho Nacional de Imigração, que respondia à demanda expressiva de cidadãos do Haiti, onde um forte terremoto em 2010 provocou a morte de mais de 220 mil pessoas e uma degradação significativa das condições de vida no país.

porém apresentam, em geral, um caráter restritivo aos direitos dos migrantes, especialmente nos dois últimos níveis (nacional e supranacional). Em relação à saúde, esta tendência se acirrou nos últimos anos, a partir da reforma do sistema sanitário promovida pelo governo central espanhol, que obstruiu o acesso de migrantes em situação migratória irregular, entre outros coletivos, aos níveis de atenção sanitária básica. Como será detalhado na seção relativa ao caso, a reforma instaurou um quadro de retrocessos expressivos no sistema de saúde em seu conjunto e abriu espaço para uma atuação mais proeminente dos entes subnacionais no tema.

Constata-se, portanto, um aparente paradoxo entre os dois casos, posto que as cidades estudadas buscam empreender uma agenda de direitos dos migrantes em contextos jurídico-institucionais distintos e evidenciam uma tensão entre os planos local e nacional de governo no delineamento das políticas migratórias. Essas cidades estão longe de constituir casos isolados dessa tensão[6], porém se mostram representativas de contextos institucionais e socioeconômicos distintos, cujas experiências oferecem exemplos instigantes de como os governos locais podem adquirir maior protagonismo na concepção de políticas públicas dirigidas às populações migrantes. Ao salientar o acesso destas aos serviços de saúde, o trabalho investiga em alguma medida a qualidade dessas políticas, no sentido de reduzir a vulnerabilidade social que se reconhece nesse público.

[6] Três exemplos que ilustram bem essa tensão no âmbito específico da saúde são São Francisco, nos Estados Unidos, Nairobi, no Quênia e Seul, na Coreia do Sul. O governo municipal da primeira, em meio a um contexto nacional tipicamente hostil em relação aos imigrantes irregulares e de enormes restrições ao acesso destes aos serviços de saúde, decretou um conjunto de políticas inclusivas, por meio dos programas *Healthy San Francisco* e *San Francisco Healthy Kids*, cujo usufruto, ao contrário dos programas federais e estaduais, se dá independentemente do status migratório dos usuários (MARROW, 2010). Em Nairobi, em 2002, a câmara legislativa da cidade estabeleceu um centro de saúde comunitário em Eastleigh, um bairro com grande concentração de migrantes e refugiados de países como Somália, Eritreia e Etiópia na capital do país. O contexto geral, no entanto, é de desconfiança e hostilidade, particularmente em relação aos residentes muçulmanos somalis, associados a facções extremistas que impingiram ataques ao país. Há relatos de violência policial e de grupos paraestatais que tornam as condições de vida desses grupos ainda mais precárias (AMRITH, 2017). A capital coreana, por sua vez, instaurou desde 2012 o acesso aos serviços públicos de saúde para trabalhadores estrangeiros irregulares, estimados em 280 mil pessoas, além de crianças indocumentadas e refugiados. Embora a lei nacional de migração obrigue os funcionários a denunciar o status migratório irregular, houve a garantia de que as pessoas em busca de serviços de saúde teriam direito à assistência sem nenhuma ameaça em relação à sua estadia no país (OIM, 2015).

4. O NEXO ENTRE MOBILIDADE HUMANA, SAÚDE E CIDADES

Historicamente, a noção que associa migrações à ocorrência de doenças pautou o conteúdo das políticas de saúde pública e se confundiu com o princípio de segurança nacional nas legislações migratórias em diversos países[7] (Nunes, 2014). Esta noção se atualizou nas últimas décadas pela emergência, em escala planetária, da chamada saúde global, cujos termos envolvem interesses geopolíticos subjacentes às políticas de grandes potências, como os Estados Unidos, que tendem a transformar as questões sanitárias, particularmente aquelas relativas a doenças contagiosas e às epidemias, em tópicos de segurança e defesa, ao passo que ignoram medidas de mais longo prazo que poderiam erradicar efetivamente doenças que invariavelmente atingem as regiões mais pobres do globo com maior intensidade (KEROUEDAN, 2013). Dessa abordagem securitária, emergem medidas como as que restringiram a circulação de pessoas durante o mais recente surto de Ebola no oeste africano.[8]

Um paradigma de saúde mais holístico e de longo prazo, que preconiza o direito à saúde para todos, inclusive aos migrantes em situação irregular, concorre com a noção securitária que confunde mobilidade com riscos sanitários (VENTURA, 2015). Este enfoque, assentado nos direitos humanos, é o que informa as recomendações de organizações internacionais como a OMS, a OIM e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH), que reconhecem a correlação entre a inclusão dos migrantes nos serviços de saúde e a redução de sua vulnerabilidade e o bem-estar da própria sociedade de acolhida. No sentido contrário, a violação do direito à saúde dos migrantes eleva os custos de saúde e coloca em risco a saúde pública de todos (OMS, OIM, ACNUDH, 2013).

Ao considerar a definição clássica de saúde fornecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como "o estado de completo bem-estar físico, social e mental, e não somente a ausência

---

[7] Este foi o caso da lei norte-americana de imigração de 1952, que determinava como inelegíveis à entrada nos Estados Unidos os "insanos", pessoas com epilepsia, lepra ou outras doenças contagiosas, defeitos físicos etc. A legislação brasileira ainda vigente, o Estatuto do Estrangeiro de 1980, determina que a entrada regular de não-nacionais se fará por locais com a presença de representantes do Ministério da Saúde (Art. 22) e estabelece como requisito à aquisição de nacionalidade o atestado de "boa saúde" (Art. 112).

[8] A Austrália, por exemplo, suspendeu a emissão de vistos aos países mais afetados pelo Ebola (Guiné, Libéria e Serra Leoa), enquanto os Estados Unidos e países da Europa ocidental incrementaram seus controles nos aeroportos de passageiros provenientes daquela região. As restrições à mobilidade de pessoas durante a crise sanitária do Ebola de 2014 sublinhou, por um lado, o descumprimento dos Estados ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI), que preconiza a adoção de medidas de saúde pública para o controle de vetores e a comunicação entre os Estados, e por outro, a abordagem securitária patrocinada pela própria ONU, que forjou uma missão especial própria de vigilância e controle da epidemia (VENTURA, 2016).

de doença ou enfermidade" (OMS, 1946), pode-se dizer que a condição migratória implica impactos significativos na saúde dos migrantes. As resoluções e declarações da Assembleia Mundial da Saúde[9] (AMS) da OMS têm considerado tais impactos desde 2008[10]. Por conseguinte, a migração consiste num dos determinantes sociais da saúde, que se definem como "as condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem" (CSDH, 2008). Tais condições dizem respeito a uma série de aspectos da vida dos indivíduos, como educação, trabalho, habitação e sistemas eficientes de prevenção e tratamento de doenças que, distribuídos de forma não equilibrada, perpetuam as iniquidades sanitárias entre habitantes de diferentes bairros, cidades, países e regiões (Ibid).

O conteúdo das resoluções da OMS endossa a constatação de que os migrantes enfrentam, pelas próprias circunstâncias do ato migratório, fatores que aumentam a vulnerabilidade de sua integridade física e psíquica. Nas cidades, em particular os grandes centros urbanos de países em desenvolvimento, para onde se desloca parte significativa dos migrantes contemporâneos, fatores como as condições de trabalho, moradia e transporte, entre outros, podem trazer efeitos negativos sobre a saúde da população. À medida que o processo de urbanização se acelera dramaticamente, mais urgente se torna pensar em políticas que mitiguem esses efeitos, o que corresponde a dirimir os determinantes sociais responsáveis pelas desigualdades em saúde. Segundo dados da ONU-Habitat, por exemplo, a população das áreas urbanas de habitação precária, estimada em 828 milhões em todo o mundo até 2010 (um terço da população urbana do mundo), é negativamente afetada pelas desigualdades territoriais dentro das cidades, cujas autoridades frequentemente

---

[9] A AMS é o principal órgão decisório da OMS, que reúne anualmente representantes dos Estados-membros, geralmente Ministros da Saúde ou autoridades ministeriais que exercem competências na área da saúde pública. Entre as atribuições da AMS estão a determinação das políticas e a escolha do Diretor-Geral da OMS, a supervisão de políticas de financiamento e a revisão e aprovação do orçamento programático da organização. Considerando que a OMS coordena a atuação internacional em matéria de saúde pública, a AMS tem grande importância por definir suas políticas e eleger seu Diretor-Geral. Além disso, possui competência para adotar convenções internacionais e regulamentos, entre os quais se destaca o Regulamento Sanitário Internacional (RSI).

[10] O Preâmbulo da Resolução 61.17 da AGS de 2008 reconhece que "os resultados de saúde podem ser influenciados pelas múltiplas dimensões da migração" e ressalta que "alguns grupos de migrantes experimentam riscos sanitários elevados". O Relatório do Secretariado da OMS, publicado ao longo da 69ª AGS, em maio de 2016, afirma que "a saúde de muitos migrantes e refugiados está em risco devido aos abusos, violência, exploração, discriminação, barreiras ao acesso a serviços sociais e de saúde e a falta de continuidade aos cuidados". Durante a mais recente AMS, em maio de 2017, os delegados dos Estados-membros solicitaram ao Diretor-Geral da OMS a reunião de informações que subsidiem um plano de ação global sobre a saúde de migrantes e refugiados a ser considerado durante a AMS de 2019.

sequer identificam por meio de dados desagregados as inequidades das condições de saúde de autóctones e migrantes (ONU-HABITAT, OMS 2010).

Os riscos sanitários típicos das aglomerações urbanas -- doenças infecciosas, crônicas, psíquicas e a violência -- atingem o território urbano de forma heterogênea, de acordo com a disposição de recursos e a implementação de políticas públicas (Ibid.). Devido a uma série de barreiras, os migrantes se tornam especialmente suscetíveis ao acometimento desses males. Tais barreiras podem ser de ordem legal, já que o status migratório "irregular" pode limitar diretamente o acesso dos migrantes aos serviços de saúde; de base financeira, quando não há, por exemplo, um sistema amplo de cobertura sanitária universal e os custos dos tratamentos privados se elevam a níveis exorbitantes; de ordem geográfica, quando os custos de deslocamento às instalações sanitárias mais próximas são elevados; ou por questões culturais, como as barreiras linguísticas e as diferenças de hábitos entre os migrantes e seu país de instalação, além do tratamento discriminatório que podem receber do pessoal de saúde dos locais de atendimento. O estudo dos casos de São Paulo e Barcelona no que concerne ao acesso dos migrantes aos serviços públicos de saúde pretende também apreciar em que medida essas barreiras se fazem presentes em seus territórios e como algumas medidas do âmbito local podem saná-las ou atenuá-las de modo a atender o princípio de universalização do direito à saúde.

5. O CASO DE SÃO PAULO

A seguir, apresentam-se os resultados do estudo do caso de São Paulo no que se refere ao direito à saúde dos migrantes na cidade. Como mencionado anteriormente, além da revisão da literatura e da legislação de diversos níveis de governo sobre o tema, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com representantes do Poder Público Municipal e de organizações da sociedade civil envolvidas no campo. A fim de manter o anonimato de suas declarações, adotou-se um sistema de siglas com letras e números, conforme a cidade e o tipo de instituição a que pertencia o entrevistado. Assim, as letras PP designam entrevistados do Poder Público e OSC de organizações da sociedade civil; já as letras SP representam o caso de São Paulo, seguidas de um número aleatoriamente atribuído à entrevista.

Na próxima seção, expomos alguns dados a respeito da população migrante na cidade e o âmbito jurídico de atuação do Município nos temas de migrações e saúde pública. Em seguida, exploramos alguns temas recorrentes tanto na literatura quanto presentes nas entrevistas obtidas, que destacam o impacto que a condição migratória pode ter sobre o estado de saúde dos migrantes. Adiante, apresentamos o processo de construção da política municipal para a população migrante, em um sentido mais amplo e, por fim, nos dedicamos às iniciativas para uma política municipal de saúde dos migrantes e seus desdobramentos. As seções se concatenam de acordo com os temas que emergiram mais frequentemente do conjunto de entrevistas, confrontadas entre si e com os documentos oficiais e a literatura acadêmica sobre o assunto.

5.1. Dados e moldura jurídico-institucional

Historicamente, o Estado e, em particular, a Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), concentraram a recepção dos fluxos migratórios internos e externos no Brasil (BAENINGER, 2005; BAENINGER, PATARRA, 2006). Nas últimas décadas, o tema das migrações adquiriu maior visibilidade também em função da densidade de migrantes internacionais na cidade de São Paulo (AMRITH, 2015; REIS, 2011). Os dados oficiais mais recentes sobre esse contingente indicam uma população de pouco mais de 385 mil residentes em situação administrativa regular,

tanto de fluxos mais antigos (portugueses, japoneses e italianos), como mais recentes (bolivianos, chineses, haitianos e peruanos).[11]

Até novembro de 2017, será vigente no Brasil o já referido Estatuto do Estrangeiro, lei remanescente dos anos da ditadura que rege a temática migratória no país. Orientado pela ideologia de segurança nacional, no contexto do regime de exceção, o Estatuto impôs uma série de dispositivos extremamente limitantes às atividades laborais[12] e políticas[13] dos residentes não-nacionais, além de instituir barreiras à sua regularização e regular a deportação e expulsão de imigrantes[14]. Esta legislação tornou-se obsoleta à luz da Constituição Federal de 1988, que ampliou significativamente os direitos assegurados pelo Estado brasileiro aos nacionais e não-nacionais. Já em seu artigo 5º, a Carta estabelece a igualdade de todos perante a lei, "garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade".

O descompasso jurídico entre o Estatuto ainda vigente e a Constituição Federal ensejou uma série de iniciativas com o propósito de atualizar a legislação de nível nacional sobre as migrações. Entre elas, a mais exitosa foi o Projeto de Lei (PL) 2516/2015, que apresentava, após uma intensa mobilização entre movimentos sociais, acadêmicos e membros do Congresso, um texto mais adequado do ponto de vista da proteção de direitos civis e sociais previstos pela Constituição. Como já foi referido, a proposta tornou-se a Lei nº 13.445, aprovada pelo Congresso em abril e sancionada pela Presidência da República em maio de 2017, com numerosos vetos. O texto final da lei ficou muito aquém dos objetivos a que aspiraram seus idealizadores, sobretudo após os vetos do Poder Executivo que prejudicaram diversas prerrogativas previstas no PL, evitando assim um maior avanço da política migratória brasileira

---

[11] Dados fornecidos em junho de 2016 pelo Departamento de Polícia Federal (DPF), baseados no Sistema Nacional de Cadastramento de Registro de Estrangeiros (SINCRE, apud SÃO PAULO COSMÓPOLIS, 2017, no prelo). O número de imigrantes não regularizados permanece incerto, dada a dificuldade em coletar dados a respeito desse grupo.

[12] Art. 98. Ao estrangeiro que se encontra no Brasil ao amparo de visto de turista, de trânsito ou temporário de que trata o artigo 13, item IV, bem como aos dependentes de titulares de quaisquer vistos temporários é vedado o exercício de atividade remunerada. Ao titular de visto temporário de que trata o artigo 13, item VI, é vedado o exercício de atividade remunerada por fonte brasileira.

Art. 99. Ao estrangeiro titular de visto temporário e ao que se encontre no Brasil na condição do artigo 21, § 1°, é vedado estabelecer-se com firma individual, ou exercer cargo ou função de administrador, gerente ou diretor de sociedade comercial ou civil, bem como inscrever-se em entidade fiscalizadora do exercício de profissão regulamentada.

[13] Art. 107. O estrangeiro admitido no território nacional não pode exercer atividade de natureza política, nem se imiscuir, direta ou indiretamente, nos negócios públicos do Brasil.

[14] Cf. Títulos VII e VIII

no sentido de harmonizar sua legislação e abandonar o paradigma securitário e estatocêntrico do Estatuto do Estrangeiro.[15]

A atualização legislativa tardia na esfera federal, assim como a ausência de diretrizes e atribuições políticas claras em relação aos direitos dos migrantes no país, deixam os governos municipais, por sua proximidade aos habitantes, incumbidos da provisão de serviços na ponta da cadeia das políticas públicas, e demanda uma adaptação à presença dos migrantes no território urbano, apesar da grande heterogeneidade de suas condições de vida na cidade. Sua chegada e instalação, sobretudo quanto aos fluxos mais recentes e socialmente mais vulneráveis de migrantes, impactam a administração local em termos da oferta e da qualidade dos serviços públicos. Ainda assim, apenas muito recentemente, o Poder Público Municipal absorveu antigas demandas de movimentos sociais pela construção de políticas públicas locais para migrantes e empenhou-se na instauração de uma política que adequasse o atendimento dos migrantes nos serviços públicos. As próximas seções buscarão apresentar, com base em entrevistas dos principais atores dessa construção e nos documentos produzidos pela gestão municipal, o processo de implementação dessa nova agenda política na cidade.

No aspecto específico da saúde, a Constituição Federal (CF) garante, em seu artigo 196, o acesso universal e igualitário aos serviços. A nova Lei de Migração também atribui aos migrantes, em seu artigo 4º, inciso VIII, o acesso a serviços públicos de saúde, assistência social e previdência social, sem discriminação por nacionalidade ou por condição migratória. Entretanto, tal prerrogativa foi vetada pelo Poder Executivo, por recomendação do Ministério da Fazenda, à categoria de visitantes (§4º, art 4º), o que instaura uma contradição entre a nova lei e o princípio de universalidade contemplados na CF e na própria Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei 8080, 19 de setembro de 1990). Este princípio determina que todos tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, "sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (art.7, inciso IV), o que assegura os direitos dos migrantes independentemente de seu status migratório.

Tão relevante quanto a plena salvaguarda do direito à saúde, a CF determinou também, em seu artigo 198[16], a estratégia de descentralizar a gestão dos serviços de saúde, que delegava

[15] Entre os vetos mais importantes, destacam-se o da própria definição de "migrante", presente no art. 1º; a vedação de direitos fundamentais previstos no art. 4º para a categoria de visitantes e o do art. 118, que previa a autorização de residência aos imigrantes que tivessem ingressado no Brasil até 6 de julho de 2016 e requeressem sua regularização até um ano após a entrada em vigor da nova lei.

aos Municípios brasileiros a capacidade administrativa e orçamentária para a prestação da assistência aos cidadãos em seu território. Este dispositivo torna ainda mais relevante a compreensão das competências atribuídas aos governos locais no que toca à proteção do direito à saúde dos migrantes e permite avaliar de que forma estes últimos usufruem efetivamente das previsões constitucionais. Na verdade, a literatura sobre as migrações na cidade de São Paulo demonstrou que a municipalização dos serviços de saúde, entre o fim dos anos 1990 e inícios dos anos 2000, propiciou o reconhecimento pela administração da presença dos migrantes no território da cidade, a partir da generalização de um sistema descentralizado de atenção primária (FREITAS, 2015).

5.2. Temas recorrentes da saúde da população migrante

Antes de nos debruçarmos sobre as medidas ora previstas em lei no Município de São Paulo a respeito das questões de saúde da população migrante, é adequado apresentar uma série de temas, desenvolvidos tanto pela literatura acadêmica quanto endossados pelas entrevistas realizadas no âmbito deste trabalho, que salientam as adversidades que esse grupo enfrenta para o usufruto do direito à saúde. Viu-se que organizações internacionais, como a OMS, têm reconhecido a existência de barreiras ao direito à saúde de migrantes em virtualmente todo o mundo, dado o alcance dos fluxos migratórios contemporâneos, e o caso de São Paulo não constitui exceção a esse contexto.

A mais imediata dessas barreiras é o próprio desconhecimento do direito à assistência sanitária. Migrantes em situação administrativa irregular tendem a evitar buscar os serviços de saúde por temor a alguma denúncia ou ignoram que se trata de um direito (STEFFENS; MARTINS, 2016). Além disso, o fato de seus países de origem não possuírem sistemas de cobertura sanitária universal, de acesso gratuito, os induz à crença de que no Brasil também devem pagar pelo serviço, segundo entrevista a uma das organizações que se ocupa do tema na cidade de São Paulo:

> O grande gargalo para o imigrante é saber que ele tem direito à saúde gratuita [...] na maioria dos países de onde vêm os imigrantes, a saúde não é universal, é particular.

[16] Art. 198, da CF 1988: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo”.

> Então quando é que eles vão procurar a saúde? Quando estão muito doentes, porque tem que pagar (OSCSP6, 2017).

A barreira linguística, em seguida, torna-se a mais imediata para o atendimento daqueles que procuram o serviço. A incompreensão mútua entre pacientes e o pessoal de saúde, da recepção às consultas médicas, pode acarretar obstáculos ao cuidado e ao seguimento dos tratamentos, quando não à própria aproximação daqueles que necessitam atendimento. No caso de São Paulo, estudos precedentes já expuseram as dificuldades de migrantes quanto à questão idiomática, que pode ocorrer em função do desconhecimento generalizado de línguas estrangeiras por parte do pessoal de saúde como pelas múltiplas origens da população migrante (STEFFENS, MARTINS, 2016; AGUIAR, MOTA, 2014; WALDMAN, 2011). Um relatório recente do Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos do Mercosul (IPPDH), sobre o acesso de imigrantes da América do Sul aos serviços públicos na cidade, salientou essa barreira nas palavras de uma migrante peruana:

> Eu não falo muito bem o idioma, não sei como me explicar. Tem coisas que digo que dá para entender, mas não sei como explicar o que realmente necessito. Por exemplo, quando às vezes digo da minha cabeça, não entendem, quando digo da minha coluna, não entendem (IPPDH, 2017, p. 221).

Outro obstáculo destacado por estudos recentes (STEFFENS, MARTINS, 2016; IPPDH, 2017) e corroborado por algumas entrevistas deste trabalho é a ocorrência de práticas discriminatórias por parte de funcionários públicos da saúde. Tais práticas consistem na priorização do atendimento a brasileiros em relação aos migrantes ou a própria verbalização de hostilidades comuns em manifestações xenofóbicas, como a noção que relaciona a presença do migrante nos serviços com sua precarização. Ainda assim, é importante matizar que essas manifestações se nutrem de outras clivagens sociais, como destacado por uma das entrevistadas, militante no tema:

> Frequentemente se diz que a língua é uma barreira importante no atendimento, mas se o imigrante [que procura o serviço] é branco, de classe econômica alta, o pessoal que trabalha [no atendimento] vai dar um jeito para que ele tenha acesso, o que não acontece com refugiados africanos, migrantes latino-americanos, especialmente andinos [...] eu entendo que o pessoal não tem ferramentas e preparação para lidar com a diversidade, mas [isto] não justifica a violência psicológica e moral que utilizam em todos os níveis de atendimento. Não generalizo, mas é muito expressivo esse tipo de discriminação (OSCSP1, 2017).

Nesse sentido, os recortes de classe social, gênero e grupo racial também contribuem para explicar em boa medida a ocorrência de discriminação contra os pacientes migrantes. Uma das consequências esperadas dessa situação ou pelo menos em parte motivada por ela seria a não aproximação ou a descontinuação de tratamentos por parte da população. Um fenômeno observável em dados fornecidos pela SMS em 2015, por exemplo, dá conta de uma adesão relativamente baixa de mães gestantes bolivianas às consultas pré-natal, que representaram mais de metade dos nascidos vivos entre 2012 e 2014 (AGUIAR, NEVES, LIRA, 2015). O já citado relatório do IPPDH aponta a rotina de trabalho e a desinformação como possíveis causas desse comportamento das gestantes (IPPDH, 2017). No entanto, uma das entrevistas deste trabalho destaca uma outra hipótese plausível, fundada num contexto social mais amplo de exclusão:

> Se você é pobre, você já não tem tempo de ir ao posto. Se é mal atendido, você não vai mais e no caso das mulheres grávidas, as andinas, especialmente as bolivianas, o racismo e preconceito que se tem, o tema da higiene, das línguas (porque muitas falam aimará, mal falam espanhol), é difícil que elas façam esse pré-natal [...]. Elas já têm medo e estão provavelmente numa situação irregular, aí já complica porque a quem vão pedir ajuda? Quem vai ajudá-las, a polícia? (OSCSP1, 2017).

O acesso ao Cartão Nacional de Saúde (CNS), documento pelo qual se permite a utilização dos serviços prestados nas unidades básicas de saúde (UBS), pode constituir um outro empecilho ao direito dos migrantes. O requisito para a obtenção do documento é a apresentação de um comprovante de endereço residencial, uma vez que cada UBS fornece atendimento a um território adstrito à sua localização. Embora a ausência de tal comprovante não vede a obtenção do CNS pelo cidadão, é muito comum que uma parcela importante dos migrantes não consiga apresentá-lo para receber o cartão, em razão de um status habitacional irregular em ocupações e favelas, ou pela resistência dos proprietários em facilitar o comprovante, tal como salientou um dos entrevistados para esta pesquisa. Isto é particularmente relevante no contexto, por exemplo, das oficinas de costura onde trabalham e residem simultaneamente famílias inteiras.

É pertinente observar dados recentes da SMS sobre o número e a distribuição, entre as mais variadas nacionalidades, dos CNS cadastrados na cidade de São Paulo. Em setembro de 2016, havia pouco mais de 28 mil CNS cujos portadores eram migrantes internacionais. Em primeiro lugar, deve-se notar que uma pequena parte da população não-brasileira possui o CNS em São Paulo (apenas 7,4% dos 385 mil residentes na cidade). Além disso, a maioria dos cartões

cadastrados pertence a migrantes sul-americanos (61%), e quase metade (45%) somente a bolivianos (IPPDH, 2017). Por outro lado, é significativamente reduzido o número de cartões pertencentes a imigrantes chineses, que apesar de constarem entre as nacionalidades mais numerosas de imigrantes regulares (24.894 ou 6,5% do total), possuem apenas 388 CNS cadastrados pela SMS (SÃO PAULO COSMÓPOLIS, 2017, no prelo). Caberia investigar a causa dessa discrepância, de modo a compreender se e quais barreiras atuam para a sub-representação desse grupo entre aqueles que podem utilizar os serviços públicos de saúde no Município.

No repertório dos obstáculos ao direito à saúde dos migrantes também se apresenta o absenteísmo dos próprios pacientes, isto é, sua descontinuidade nos tratamentos. Segundo o estudo do IPPDH e da própria SMS em 2016, atribui-se esse comportamento sobretudo às atividades laborais dos migrantes, cuja carga horária elevada e alta rotatividade territorial (OPAS/OMS, 2017; AGUIAR, MOTA, 2014), conjugada à busca do serviço apenas em casos de emergências, acabam por afastá-los dos serviços em detrimento de seu estado de saúde no longo prazo. Uma das entrevistas com uma organização da sociedade civil realizada para este trabalho também destacou a questão. Em função do afastamento ou descontinuidade do atendimento:

> Ele [o migrante] vai voltar para casa doente, muitas vezes pode estar com tuberculose e infectar os demais que estão na oficina, pode ser uma mulher grávida que não vai fazer o acompanhamento do pré-natal, pode ser uma pessoa com princípio de câncer, pode ser uma pessoa enfartando (OSCSP6, 2017).

Por fim, e não menos importante, características do próprio sistema de saúde brasileiro que afetam a todos os seus usuários, brasileiros ou não, supõem dificuldades importantes para o gozo do direito à saúde por parte dos migrantes. Longos prazos para a realização de consultas e exames ou o preço elevado de medicamentos interferem negativamente no acesso e no cumprimento dos tratamentos. Diante de tais problemas, os migrantes recorrem a estratégias de uso misto dos equipamentos de saúde, ora por meio de planos de saúde privados, pagos com recursos próprios ou oferecidos por seus empregadores, ora pelos serviços públicos, particularmente no campo da saúde preventiva e infantil (IPPDH, 2017). Uma outra estratégia, citada por um dos entrevistados para esta pesquisa, é o recurso aos serviços de saúde privados de seu próprio país de origem, que custam menos que no Brasil:

> Um problema que eles encontram é datas para consultas. Muitas vezes vai dois meses, três meses, seis meses, para fazer um exame, um ano. Então o que muitos fazem é voltar para seu país e depois voltam para cá. Nós tivemos um caso de um funcionário nosso que aqui pelo SUS só faria um exame depois de seis meses, que estava com pedra na vesícula, passando mal. Foi para a Bolívia, fez a cirurgia, acabou tendo complicações, quase morreu, mas voltou para cá para continuar o trabalho com a gente (OSCSP6, 2017).

No que concerne o acesso a medicamentos, o mesmo entrevistado ressaltou um dos dilemas de migrantes trabalhadores de baixa renda, a exemplo de brasileiros na mesma condição socioeconômica.

> [...] para quem ganha 600 reais num mês, vai pagar 160, 180 reais num antibiótico, ele não vai tomar um antibiótico, porque ele tem que olhar se ele vai dar comida para as crianças ou se ele toma o remédio. O que é mais importante para ele? A comida para as crianças (OSCSP6, 2017).

Do ponto de vista mais amplo da gestão do sistema de saúde, uma observação recorrente em estudos anteriores sobre o tema é a escassez de dados sobre a população migrante na cidade (STEFFENS, MARTINS, 2016), o que não compromete apenas a qualidade das políticas de saúde, mas todas aquelas que podem ter alguma interface com a mobilidade e a garantia de direitos a esse grupo, como educação, habitação e assistência social (SÃO PAULO COSMÓPOLIS, 2017, no prelo). Nos últimos anos, no entanto, houve um esforço, ainda não sistemático, por parte do Poder Público Municipal, para aperfeiçoar os mecanismos de coleta e organização desses dados, que começam a ter maior visibilidade, tanto para a tomada de decisão da gestão em saúde, como para a agenda de pesquisa acadêmica nesse âmbito. Vale destacar a publicação de dados recentes por parte da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) da SMS[17] e o impulso à sistematização de dados propiciado pelo Projeto São Paulo Cosmópolis[18], um convênio de extensão universitária entre a CPMig e o Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo (IRI-USP), firmado em dezembro de 2013 e renovado em 2016, no âmbito do qual se busca o levantamento das pesquisas existentes sobre as

[17] A CEInfo gere uma série de bancos de dados de cobertura nacional. Segundo informações fornecidas pela própria SMS, até recentemente, nem todos os sistemas de informação da gestão em saúde possuíam a indicação de nacionalidade. O Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde (SIGA-Saúde), por exemplo, composto pelas informações do Cartão Nacional de Saúde, só tornou obrigatório o dado sobre nacionalidade em 2015 (SÃO PAULO COSMÓPOLIS, 2017, no prelo)

[18] O autor compõe o Projeto São Paulo Cosmópolis desde 2015 e participou de parte das atividades de coleta de dados sobre a população imigrante em colaboração com a CPMig.

migrações internacionais na cidade de São Paulo e a produção de dados com o intuito de subsidiar a política municipal para migrantes.

5.3. A construção da política municipal para migrantes

Até o início de 2013, a Prefeitura Municipal de São Paulo não possuía em seus quadros um órgão público ocupado especificamente das questões relativas à população migrante da cidade. Naquele momento, estabeleceu-se no âmbito da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC) a Coordenação de Políticas para Migrantes (CPMig), cujo objetivo era articular as políticas nos diversos órgãos da administração municipal. Segundo as entrevistas, a ideia de criação do órgão, no entanto, remontava a anos de demandas de organizações da sociedade civil e chegou a ser objeto de uma lei municipal, já em 2007, que não teria avançado por disputas burocráticas internas até o início de um novo governo em 2013 (OSCSP2, 2017). A proposta teria sido retomada durante a campanha eleitoral de 2012 e finalmente absorvida pela gestão vencedora do pleito.

Segundo Souza (2015), o cálculo político durante a campanha eleitoral de 2012 influenciou a aproximação dos candidatos mais competitivos à eleição das comunidades e grupos migrantes representativos na cidade, particularmente os sul-americanos, a ponto de a questão obter algum destaque na imprensa da cidade[19]. Embora migrantes não possuam direito a voto, especulou-se à época que seus filhos e imigrantes naturalizados já constituíssem um número significativo de eleitores. Em todo caso, as eleições municipais representaram um momento de entrada definitiva do tema na agenda política da cidade, que se confirmou ao longo da administração seguinte, como declaram alguns entrevistados.

Por tratar-se naquele momento de uma inovação institucional, o trabalho da CPMig continha, de acordo com os entrevistados, um caráter altamente criativo e, ao mesmo tempo, era incitado pelas circunstâncias mais imediatas.

[19] Um artigo do jornal Folha de São Paulo, de agosto de 2012, descreve brevemente a aproximação das campanhas à Prefeitura Municipal das comunidades de migrantes sul-americanos na cidade, de modo a obter seu apoio nas eleições. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/63016-votos-de-imigrantes-sul-americanos-sao-disputados-em-sp.shtml>

> [...] a gente partiu do zero, então de início foi bastante criativo. A gente foi respondendo ao que verificava como primeiramente necessário (a questão da formação dos servidores públicos, da documentação, dos cursos de português) e aos poucos a gente foi avançando em algumas áreas que definimos já de início no plano de metas e [que] depois ratificamos com a conferência municipal, porque eram muito coincidentes (PPSP3, 2016).

> [...] a gente teve a oportunidade de começar um negócio do zero, sem vícios, com uma equipe toda nova e com vontade (OSCSP5, 2017).

Ao mesmo tempo, o surgimento do órgão e algumas de suas medidas não teriam tido apoio imediato de instituições dedicadas há mais tempo à questão migratória na cidade. Ainda de acordo com um dos entrevistados:

> "Temos uma sociedade civil hipócrita em São Paulo, que não apoiou o processo. As entidades boicotaram esse processo (...) Eles ficaram perdidos quando começaram a imaginar que a Prefeitura faria um centro de atendimento a imigrantes (...) nós só conseguimos fazer um grande trabalho porque tínhamos diálogo com os imigrantes" (OSCSP5, 2017).

Esse novo espaço de concepção de políticas no nível municipal teria estimulado também a entrada do tema na agenda política da Prefeitura, uma vez que a CPMig deveria encadear de maneira transversal as iniciativas da gestão neste campo.

> Isso é totalmente diferente [do que se fazia até então], porque quando você coloca a questão como política, você leva pro Prefeito, você leva pros secretários, você leva para o primeiro escalão o tema. Dentro de seis meses, vários secretários estavam falando [do tema]. Houve um momento até de disputa entre as pastas, o que é ótimo porque mostra que havia interesse dentro da Prefeitura (OSCSP5, 2017).

A Coordenação, em seu primeiro ano de atuação, pôs em marcha uma série de iniciativas que lançaram as bases do que comporia a política municipal para migrantes de São Paulo. Entre elas, destacaram-se a realização da 1ª Conferência Municipal de Políticas para Imigrantes (novembro de 2013); a criação do Centro de Referência e Acolhida do Imigrante (CRAI), numa associação com o Serviço Franciscano de Solidariedade (Sefras), seguido da oferta de quatro Centros de Acolhida especializados no atendimento a migrantes, entre 2014 e 2016, em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMADS); a realização de uma série de oficinas de capacitação e sensibilização de servidores públicos municipais de diversas áreas; o

oferecimento, por meio de parcerias, de centenas de vagas em cursos de português e a promoção da inserção da população imigrante no sistema bancário.

Dentre essas iniciativas, uma de particular interesse ao escopo deste trabalho são as oficinas de capacitação promovidas pela CPMig, entre 2014 e 2015, da qual participaram 728 servidores do campo da saúde. Este número representou aproximadamente 70% dos funcionários públicos participantes, cujo objetivo era "garantir atendimento humanizado e acesso a direitos fundamentais" à população migrante em todas as suas categorias (PREFEITURA DE SÃO PAULO, OIT, 2016). Essas oficinas ocorreram independentemente das iniciativas concebidas pela própria Secretaria Municipal de Saúde (SMS), cujos detalhes exporemos adiante. Sobre a colaboração entre a CPMig e a SMS, um dos entrevistados, afirma:

> Logo em 2014, foi a primeira formação que nós promovemos pela CPMig, junto com a Escola Municipal de Saúde. Então fizemos uma formação para [agentes] multiplicadores lá na Escola (...) que incluía informação sobre o panorama das migrações na cidade, direitos dos migrantes e a documentação, sobretudo, um elemento importante. Essa formação foi para agentes administrativos, as pessoas que fazem o primeiro atendimento, nas recepções, onde muitas vezes se coloca a primeira barreira [...] não só para a pessoa que busca, mas para as demais para quem ela conta que não é possível buscar aquele serviço" (PPSP3, 2016).

No intuito de institucionalizar sob a forma de lei esse conjunto de políticas e perenizá-las nas futuras práticas da gestão municipal, a CPMig também se incumbiu da formação de um Comitê Intersetorial da Política Municipal da População Imigrante, composto em agosto de 2015[20]. O Comitê, um órgão temporário formado paritariamente por 26 representantes das secretarias municipais e de organizações da sociedade civil dedicadas ao tema das migrações em São Paulo, reuniu-se periodicamente entre setembro de 2015 e março de 2016, e foi responsável pela redação de um projeto de lei[21], precursor da Lei Municipal n.16.478 aprovada pela Câmara de Vereadores em 8 de julho de 2016, que instituiu a Política Municipal para a População Imigrante.

As avaliações de alguns participantes do Comitê divergem em relação à qualidade do processo de redação do projeto de lei. Uma das entrevistadas julgou "pobre" a forma como se conduziu o espaço do Comitê, devido ao desconhecimento por parte dos representantes da

[20] O autor compôs o Comitê na qualidade de representante do Projeto Cosmópolis.

[21] O referido projeto de lei foi submetido a duas consultas públicas, uma presencial e outra virtual, que coletou contribuições de organizações da sociedade civil e do público em geral.

sociedade civil dos "códigos" das secretarias[22], ou seja, que os representantes do próprio Poder Público teriam mantido uma participação opaca e por vezes pouco permeável às demandas dos representantes da sociedade civil (OSCSP2, 2017). Por outro lado, outra entrevistada estimou a dinâmica participativa do comitê como "interessante, por estar aberta à contribuição da sociedade civil" (OSCSP4, 2017). Ambas, entretanto, reconhecem a lei municipal resultante do processo como um avanço. Mesmo assim, tal avanço só teria sido efetivo, ainda de acordo com OSCSP4, em razão do empenho de incidência política de algumas organizações da sociedade civil junto aos vereadores, já que a própria CPMig não demonstrou "tanta energia para a aprovação", em função de impasses entre os parlamentares. Nas palavras da própria entrevistada:

> Houve até um desânimo vindo da própria Coordenação sobre um impasse entre os vereadores, dizendo que não ia ser pautado, agradecendo os esforços de todos mas sinalizando que a aprovação era quase inviável. Porém, se não fosse naquele momento a gente ia perder todo… o momento que foi criado, chegando ao fim do mandato, precisava ter concluído o processo que foi ao longo de tantos meses construído. E foi nesse momento que nós (organizações da sociedade civil) nos organizamos para fazer esse *advocacy*, para fazer esse corpo a corpo na Câmara dos Vereadores e isso fez com que de fato fosse pautado e aprovado. Então, acho que o mesmo empenho da Prefeitura na construção [da lei] poderia ter [estado presente] na parte da aprovação" (OSCSP4, 2017).

Segundo parte significativa dos entrevistados, o caráter participativo da construção da política, que envolveu tanto a convocação da extensa rede de organizações não-governamentais da cidade dedicadas ao tema como de diversos órgãos da própria administração municipal, constituiu um ganho qualitativo na concepção das políticas públicas, apesar das imperfeições apontadas. Se o surgimento da CPMig, por um lado, provocou certo estranhamento por parte das entidades que já possuíam uma trajetória histórica de auxílio ao público migrante mais vulnerável em razão da ausência de políticas nessa área, por outro, a existência de um órgão encarregado dessas políticas era uma reivindicação antiga de parte dessas mesmas organizações. Na opinião de um entrevistado:

> O que se vocaliza por parte dessas organizações é que elas querem políticas públicas. Mas muitas vezes o que se percebe é uma certa resistência em fortalecer certos equipamentos, como o CRAI (...) uma percepção minha [é que] ainda é necessário haver

[22] A partir do contexto da entrevista, o autor interpretou o uso da palavra "códigos" como referência a um jargão e dinâmica próprios dos representantes das secretarias municipais integrantes do Comitê Intersetorial.

> esse assentamento entre o que vai ser atribuição da sociedade civil e o que vai ser atribuição do poder público nessa área (PPSP3, 2016).

A Lei Municipal tornou-se, para todos os efeitos, o instrumento jurídico pelo qual o Município de São Paulo doravante apresenta uma política para sua população imigrante, a primeira do tipo no Brasil. Do conciso texto da lei, com apenas 10 artigos, destacam-se primeiramente seus princípios e diretrizes, que ressaltam a salvaguarda dos direitos sociais dos imigrantes, por meio do acesso e da qualificação dos serviços públicos municipais, além do combate à xenofobia e à discriminação[23]. Os artigos com conteúdo mais programático (5º, 6º e 7º) enunciam medidas mais concretas para o gozo dos direitos à participação, saúde, educação e habitação, no escopo das competências municipais. No entanto, os dispositivos da lei foram complementados pelo Decreto de Regulamentação n. 57533, de 15 de dezembro de 2016, que detalha as ações concretas atribuídas à administração como um todo e a alguns órgãos específicos, de modo a efetivamente implementar a referida política.

No que se refere ao âmbito da saúde, o conteúdo desses dois textos provê uma série de mecanismos que visam a atenuar os efeitos das barreiras ao atendimento dos migrantes discutidas anteriormente. O Art. 14 do decreto declara as atribuições da SMS dentro da política, inserindo-a no quadro mais amplo da Lei Federal 8080/1990, sobre o sistema de saúde brasileiro. O *caput* do artigo estabelece "o acesso à saúde culturalmente adequado para toda a população imigrante, independentemente de sua situação imigratória e documental", o que invalidaria quaisquer reservas ao princípio da universalidade do SUS. O inciso V, por sua vez, menciona a realização de "ações de promoção de saúde voltadas aos migrantes, com campanhas de informação adaptadas em termos linguísticos e culturais", o que pode contribuir ao conhecimento sobre o direito à assistência e à maior adesão dessa população aos serviços.

Uma outra cláusula de grande interesse aos migrantes é o Art. 10, que determina a "formação intercultural, sobre migrações e em línguas, com ênfase nos equipamentos que realizam maior número de atendimentos à população imigrante", sob responsabilidade de todas as secretarias municipais. Trata-se de uma medida oportuna no sentido da qualificação do serviço público, o que no âmbito da saúde reduz os efeitos da barreira linguística e as práticas discriminatórias. O parágrafo único que sucede o art. 10 avança nesse aspecto, ao prever a

[23] Cf. Art. 2º e 3º.

designação de mediadores culturais nos equipamentos públicos com maior presença de imigrantes, a quem caberia “articular a comunicação entre profissionais e usuários”.

No que se refere ao tema da escassez de dados, o artigo 8 do decreto atribui à CPMig a sistematização e publicação de dados estatísticos sobre o atendimento à população migrante, enquanto o parágrafo único determina o envio à SMDHC, por parte das secretarias municipais, “anualmente ou sempre que solicitado, dados desagregados sobre os atendimentos realizados e o perfil da população atendida”. Essas medidas estimulariam a reunião e organização dos dados relativos a essa população e poderiam promover uma oferta mais eficiente dos serviços públicos, ao passo que forneceriam informações valiosas para estudos futuros sobre sua utilização por parte dos migrantes.

Evidentemente, as determinações do texto da Lei Municipal não podem se implementar por si mesmas sem a disposição dos agentes públicos e a orientação do governo municipal, além de mecanismos institucionais de acompanhamento sobre o andamento das políticas que a lei institui. Nessa perspectiva, é promissora a criação do Conselho Municipal de Imigrantes (CMI), que a própria lei também estabelece em seu artigo 4º. Trata-se de um órgão que, a exemplo do Comitê Intersetorial que redigiu o projeto de lei, deve ser composto paritariamente por representantes das secretarias municipais e por organizações da sociedade civil. A ele se atribuem, entre outras funções, a implementação, o monitoramento e a avaliação da política municipal sobre o tema. No momento de conclusão deste trabalho, o CMI ainda não foi convocado, embora seus membros titulares e suplentes já tenham sido designados.

5.4. Iniciativas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Para além das disposições da lei municipal, esta seção examina as ações concretas elaboradas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) nos últimos anos, no sentido de implementar uma política municipal de saúde para migrantes, sem prejuízo das medidas executadas em outros âmbitos da administração da cidade de São Paulo, com as quais a própria SMS se envolveu, em particular, com representação no Comitê Intersetorial e na colaboração com a CPMig na capacitação de servidores públicos. A preocupação com os cuidados de saúde da população migrante na cidade não é tão recente. Desde a municipalização da atenção básica de saúde e da criação de subprefeituras no início dos anos 2000, houve uma aproximação entre

agentes públicos de algumas unidades de saúde e a população presente no território da cidade. Esta aproximação teria propiciado o reconhecimento da presença e das demandas sanitárias de grupos migrantes importantes, como os bolivianos, embora não houvesse estruturas institucionais ou políticas públicas específicas para esta população (FREITAS, 2016). Contudo, esta pesquisa não tratará em profundidade dos antecedentes da política implementada a partir de 2013.

Em primeiro lugar, observa-se que na esteira das políticas mais amplas gestadas pela administração municipal a partir daquele ano, a migração internacional adquiriu destaque também no setor da saúde pública. Isto se refletiu na presença do tema nos principais documentos oficiais publicados pela SMS, especialmente o Plano Municipal de Saúde de São Paulo (PMSSP) 2014-2017 e as Programações Anuais de Saúde (PAS) de 2016 e 2017. O primeiro deles definiu as metas da administração para o período, tanto por Coordenadoria Regional da Saúde (CRS) como por subprefeituras[24]. Apesar de algumas menções à população migrante por parte das CRS Centro e Sudeste e das subprefeituras Vila Maria/Vila Guilherme e Mooca (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2014), o Plano não expôs um conjunto articulado e consistente de metas que instaurariam uma política abrangente para essa população. Ainda assim, já representou um avanço em relação ao PMSSP 2010-2013, onde constavam apenas duas metas não dirigidas especificamente aos migrantes.

A PAS de 2016, por seu turno, foi a primeira a introduzir a área temática dedicada à "Saúde do Imigrante e Refugiado" e apresentou três metas traduzidas em nove ações específicas para o tema. Entre elas, vale citar a contratação e capacitação de profissionais, inclusive migrantes, para facilitar a comunicação entre os serviços e os usuários; a produção de materiais informativos em diversas línguas e um diagnóstico das necessidades regionais, bem como a busca por fontes de financiamento para os projetos da área (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2016, p. 27). A PAS de 2017 manteve a área temática e previu a continuação e conclusão das mesmas metas estabelecidas pela PAS anterior, acrescida de ações de aperfeiçoamento ou adaptação dos objetivos iniciais (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2017, p. 28). A inclusão do tema das migrações nesses documentos representa um precedente importante para o reconhecimento dos migrantes como um grupo que possui necessidades específicas e que, por isso, requer políticas também específicas.

[24] As subprefeituras são subdivisões territoriais do Município de São Paulo instituídas desde 2002, com fins administrativos. Em 2017, a administração passou a denominá-las "prefeituras regionais", mas este texto manterá a denominação anterior, presente nos documentos citados.

Além das metas presentes nos planos anuais e plurianuais de saúde, em termos concretos, ocorreu, no fim de 2014, a formação de um grupo de trabalho (GT) que reuniu representantes da SMS e de organizações da sociedade civil, com o intuito de elaborar uma proposta de política pública municipal para a saúde de imigrantes e refugiados no SUS. O GT se reuniu durante dez meses, ao longo dos quais realizou rodas de conversa com profissionais de saúde, imigrantes e refugiados, OSCs e a SMDHC, a fim de coletar as informações necessárias para a composição de uma proposta de política. Esta última foi apresentada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde em setembro de 2015 (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2015b).

Simultaneamente, a SMS estabeleceu uma parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil (OPAS/OMS), que se formalizou por meio de um termo de cooperação (TC 92) firmado no início de 2016, que contemplava, entre outros aspectos, a saúde da população de imigrantes e refugiados. De acordo com um dos entrevistados, a iniciativa do acordo partiu da própria SMS, com o intuito de obter a expertise da organização em diversos temas. Embora formalmente o termo tivesse a intermediação do Ministério da Saúde (MS), a parceria envolveu, na prática, apenas representantes da organização, que ofereceu o conhecimento técnico para a implantação das políticas, e da administração municipal, que forneceu os recursos financeiros para a cooperação. Tratou-se, ainda segundo a entrevista, de um instrumento relativamente recente no Brasil, com poucos precedentes, denominado "termo de cooperação descentralizado", por envolver níveis de governo subnacionais (PPSP2, 2017).

Por meio do TC 92, a SMS articulou uma coordenação técnica para gerir a implementação dessa política[25], por meio da articulação de diversos atores. Já no fim de 2015, ocorreu uma oficina da qual participaram mais de uma centena de representantes da administração municipal, da OPAS/OMS, da sociedade civil e migrantes. Do evento resultou um plano de trabalho, organizado pelo GT, que delineava as medidas a se tomar até o fim de 2016, como a capacitação permanente de servidores, a produção de ferramentas de comunicação com a população migrante, a inclusão do dado de nacionalidade no sistema SIGA-Saúde e a contratação de profissionais da saúde migrantes. Em seguida, houve a ampliação do GT, que passou a congregar uma série de

[25] Sem sucesso, o autor tentou obter, em diferentes momentos entre dezembro de 2016 e agosto de 2017, uma entrevista com a coordenadora técnica contratada pela SMS no âmbito do TC 92. Os documentos publicados pela própria SMS em parceria com a OPAS/OMS, além de entrevistas com representantes da secretaria, da organização e de outros participantes do processo oriundos de OSCs, no entanto, permitiram o aprofundamento sobre a trajetória de construção da política desencadeada pelo acordo.

instituições do Poder Público[26] e da OPAS/OMS, e realizou um fórum mensal aos quais se apresentaram também várias entidades da sociedade civil organizada (OPAS/OMS, 2017).

A expansão de participantes do GT induziu, a fim de otimizar seus processos (PPSP2, 2017), a sua subdivisão em quatro grupos temáticos: o de comunicação, incumbido da produção de materiais informativos em diferentes idiomas; o de educação permanente, cuja função era a sensibilização e formação para trabalhadores de saúde; o de integração, responsável por uma agenda de "reconhecimento de diferenças culturais e a contratação de profissionais não-brasileiros para as equipes de saúde" e, por fim, o de saúde da mulher imigrante e refugiada, constituído mais tarde, no segundo semestre de 2016 (OPAS/OMS, 2017).

Do trabalho do grupo de comunicação, destaca-se a produção de folhetos informativos, em sete idiomas, sobre o pré-natal, a tuberculose, a dengue, a vacinação, o acesso ao SUS e o vírus influenza, destinado aos usuários, além do mapeamento, para o uso dos funcionários, da rede das entidades civis que apoiam imigrantes e refugiados. De acordo com o Relatório Técnico sobre o TC 92, publicado pela OPAS, houve muito atraso para entrega dos materiais de comunicação, no segundo semestre, já que a empresa fornecedora estava baseada em Brasília (OPAS/OMS, SMS, 2017). A tradução dos materiais também representou uma grande dificuldade, minimizada pelo auxílio de outras secretarias municipais e consulados (PPSP2, 2017). Também se produziu uma série de recursos audiovisuais institucionais (onze vídeos e sete áudios, estes últimos em sete idiomas) sobre a relação entre migrações e saúde. Os materiais estão disponíveis no Canal Profissional da Saúde[27] e na Biblioteca Virtual da Saúde, vinculados à Escola Municipal de Saúde.

Uma das iniciativas de maior impacto promovidas pelo grupo de educação permanente foi a realização de rodas de conversa nos equipamentos de saúde da cidade de São Paulo, conduzidas por mediadores culturais migrantes. Tratou-se de um conjunto de mais de 200 encontros realizados ao longo de seis meses em 63 estabelecimentos de saúde (55 UBS, 6 hospitais e 2 prontos-socorros) em todas as regiões da cidade, aos quais se convidavam os funcionários das unidades, de todas as categorias, de modo a provocar a sensibilização do pessoal de saúde à

[26] Ao GT integraram-se representantes da Coordenação de Atenção Básica, da CEInfo, do Programa Municipal DST/Aids, das seis CRS, da Autarquia Hospitalar Municipal (AHM), da Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), da Escola Municipal de Saúde, das Escolas Regionais de Saúde, da CPMig, da Secretaria de Políticas para Mulheres, e do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG/Santa Casa de São Paulo).

[27] A série de vídeos produzidos segue disponível na plataforma Youtube do Canal Profissional de Saúde em <https://www.youtube.com/user/redesaopaulosaudavel/search?query=imigrante>

presença e às especificidades do público migrante. A equipe que conduziu as rodas de conversa era composta por sete migrantes de diferentes nacionalidades, que expunham a proposta aos participantes, e dois docentes coordenadores, contratados no escopo do TC 92 (OPAS/OMS, 2017).

De acordo com uma das entrevistas, a metodologia das rodas de conversa derivou de debates entre representantes da SMS, da OPAS e, principalmente, de uma organização da sociedade civil que já utilizara previamente a ferramenta entre as suas atividades de atenção aos migrantes na cidade, e que serviu inclusive como intermediadora entre a iniciativa do Poder Público Municipal e representantes das comunidades de migrantes nos bairros. Nas palavras do entrevistado:

> [...] eles mesmos, num projeto que também esteve presente a OPAS, foi aqui nesta sala onde se desenvolveu a ideia do projeto, de como OPAS ia trabalhar com a Prefeitura no sentido de mais inclusão e integração na área da saúde. Nós fizemos uma reunião, convidamos imigrantes dos diferentes bairros, para vir até aqui e apresentar como estava a realidade. E como solução nós apresentamos as rodas de conversa, imigrantes, não só entre eles, que discutiriam com os gestores da saúde e com as regionais, os funcionários, não dando palestras, mas numa roda e num bate-papo sobre a situação [...] a gente se transformou em ponte entre o Poder Público através da SMS com as comunidades de imigrantes (OSCSP6, 2017).

As rodas de conversa organizaram-se em três encontros periódicos em cada unidade de saúde, com diferentes abordagens sobre o tema. O primeiro tratou do reconhecimento da ascendência migrante dos funcionários, a fim de evidenciar a composição essencialmente heterogênea da própria população da cidade de São Paulo, provinda de inúmeras regiões do país e do exterior. O segundo buscou identificar os desafios que se colocam ao atendimento da população migrante nos serviços públicos de saúde e, finalmente, no terceiro, propôs-se uma discussão sobre os métodos da medicina tradicional em contraste com tratamentos alternativos, como chás fitoterápicos, que algumas populações migrantes mantêm como referência de resposta terapêutica mais imediata às suas questões de saúde (OPAS/OMS, 2017).

Os encontros evidenciaram os problemas reiteradamente apontados como obstáculos ao bom atendimento de saúde da população migrante, quais sejam, as diferenças linguísticas e culturais, o absenteísmo provocado pelas longas jornadas de trabalho dos migrantes e as práticas discriminatórias de base xenofóbica ou racista. Sobre este último aspecto, diversos entrevistados da pesquisa assinalaram uma forte resistência de alguns participantes das rodas em admitir que

tais práticas ocorrem efetivamente ou mesmo, contraditoriamente, relataram a manifestação de ideias discriminatórias. Conforme relatou uma representante da SMS, que acompanhou algumas das rodas:

> Encontramos preconceito, xenofobia, desconhecimento, ficamos impactados. Encontrava-se resistência do gerente da unidade à recepção, em todas as rodas de conversa sempre havia uma ou duas pessoas assim… 'se a população brasileira não está bem atendida na saúde você vai atender bem aos imigrantes? Ou 'os imigrantes vão tirar o lugar dos brasileiros' ou pessoas negras e nordestinas que diziam 'eu sou preconceituoso porque também sofro preconceito, alguém tem que pagar e tenho que descontar em alguém'. Então questões primárias de racismo e discriminação que encontramos nessas rodas de conversa, que espantavam… e era necessário desconstruir essas ideias e retomar um princípio do SUS, do humanismo (PPSP1, 2017).

A resistência a que se refere a entrevistada também se expressou na forma de desinteresse ou desconforto de alguns convidados das rodas, particularmente médicos que, segundo um outro entrevistado, participante das rodas, "saíam no meio enquanto o migrante falava [e] dava indicações de como fazer seu trabalho em relação a essa população" (OSCSP4, 2017). Ainda de acordo com PPSP2, à medida que se desenvolviam as rodas, a avaliação que se fez internamente entre os organizadores da iniciativa era a necessidade de obter o apoio e a pactuação dos gerentes das unidades, que nem sempre colaboravam para o sucesso da atividade, no sentido de engajar a participação dos funcionários e facilitar o trânsito dos migrantes que dirigiam as rodas (PPSP2, 2017).

A relutância desses participantes, no entanto, não teria sido o principal obstáculo enfrentado pelos migrantes contratados como mediadores culturais. Um deles relatou em entrevista que houve uma falha importante de comunicação em relação à quantidade de horas que cada um deles dedicaria ao trabalho das rodas de conversa. A remuneração inicialmente acordada não teria compensado o esforço de deslocamento às unidades de saúde, em sua maioria localizadas em extremos da cidade, além da alta carga horária de trabalho gerada pela preparação e realização das rodas de conversa. Nos termos da entrevista:

> [...] nos convidaram para um número de horas, que pelo valor dava, porque não te davam vale alimentação, vale transporte, nada, tudo se descontava… era uns 800 reais, algo assim, mas na prática, eram muitas horas, porque eles não contavam as horas de deslocamento, [...] nunca falamos de número, aí o que faziam era um turno duplo, você fazia turno da manhã e turno da tarde, eu trabalhei com grupos de mais de sessenta pessoas, porque há UBS que são muito grandes (OSCSP1, 2017).

Ainda de acordo com a mesma entrevista, houve uma remuneração desproporcional entre mediadores migrantes e coordenadores. Enquanto os primeiros estavam obrigatoriamente envolvidos em todas as rodas, os segundos não acompanharam presencialmente todos os encontros, o que gerou uma frustração crescente entre os mediadores, que chegaram "quase todos" a se ausentar das atividades. Novamente, nas palavras da entrevista:

> [...] então começamos a ficar estressados, porque não sabíamos que ia ser para tantas pessoas, não tínhamos acompanhamento, poucas vezes foram os coordenadores, o meu coordenador foi mais porque ele era meu amigo [...]. Ainda assim, o que pagaram para os coordenadores e o que nos pagaram, foi muito injusto. Ficamos muito sentidos, irritados, bravos, em um momento quase todos saímos, porque era desproporcional (OSCSP1, 2017).

A despeito de todas as críticas que possui em relação à execução das rodas de conversa, OSCSP1, em consonância com todos os demais entrevistados a respeito dessas atividades, considerou muito positivo que, pela primeira vez, o tema das migrações tenha sido levado aos equipamentos públicos de saúde, além de todo o esforço nas outras frentes de trabalho, como a produção dos materiais gráficos e audiovisuais disponibilizados para as equipes de saúde. Além disso, citou que encontrou algumas UBSs cujos gerentes e funcionários demonstraram grande sensibilidade ao tema e que já tomavam iniciativas para se aproximar da população migrante atendida em seu território. Segundo PPSP1, o trabalho com mediadores culturais migrantes serviu também para transmitir ou mesmo resgatar "os próprios princípios do sistema" aos funcionários, motivo por que realizar essas atividades "ajudou a formar o funcionário da saúde".

As entrevistas com os envolvidos nas rodas de conversa também enfatizaram o forte engajamento dos agentes comunitários de saúde (ACS) nos encontros, em contraste com outros profissionais, como citado acima. A figura do ACS já foi destacada por estudos precedentes como um instrumento institucional valioso para a aproximação entre a comunidade e o equipamento de saúde no nível de atenção básica, no escopo da Estratégia Saúde da Família (ESF). Uma vez conhecido pelos moradores e ciente das dinâmicas e carências da região que atende e por vezes habita, o ACS comunica às equipes de saúde as características do local, ao passo que se torna vetor de informação em saúde para os habitantes (NUNES et al, 2002; STEFFENS, MARTINS, 2016). Sobre a ocasião das rodas, um dos mediadores afirmou:

> [...] os que mais colaboraram e mais participaram foram os agentes de saúde, os que vão às casas, [...] os que mais sabiam e [tinham] mais sensibilidade. E ainda que claramente sejam os mais humildes [e] não tenham muito acesso à informação, eles dialogam muito com os imigrantes e os refugiados, eles são muito abertos, então sabiam muito mais que médico, enfermeiro… (OSCSP1, 2017).

As rodas também ressaltaram a importância da contratação de ACS migrantes (OPAS/OMS, 2017), uma prática estabelecida desde 2004 na cidade, quando a UBS Bom Retiro, ao redor da qual havia uma alta concentração de migrantes bolivianos, abriu um concurso público *ad hoc* para ACS, articulado pela demanda de uma OSC atuante no tema das migrações, a fim de reduzir a invisibilidade desse grupo no serviço de saúde. De acordo com o representante dessa mesma OSC, tratou-se de um avanço à época que ainda não se consolidou. Haveria, segundo um levantamento da SMS realizado no fim de 2016, um total de apenas dezoito ACS não-brasileiros atuando na rede da ESF (OPAS/OMS, 2017), o que se pode considerar um número exíguo frente às dimensões da população migrante na cidade. Além disso, "os ACS teriam um poder social transformador" subaproveitado, já que poderiam receber formação para "orientar sobre muitos outros assuntos que não apenas os de saúde", como educação, moradia, e outros direitos (OSCSP6, 2017). Imbuída da relevância dos ACS no campo da atenção básica em saúde, a Lei Municipal para a População Imigrante determinou, no inciso VI do artigo 14, o estímulo à contratação de ACS migrantes, "sem prejuízo da contratação de profissionais imigrantes para todas as carreiras de saúde".

5.5. Perspectivas da política municipal para migrantes

As iniciativas expostas até a última seção se referem a um conjunto de medidas concebidas e executadas por uma equipe de governo que almejou transformá-las numa política permanente da administração municipal. Este objetivo se realizou, em parte, pela institucionalização da política municipal para os migrantes em forma de lei, e pela criação e permanência de um departamento da Prefeitura ao qual se atribui a sua promoção. Ambos, Lei Municipal e CPMig podem ser considerarados instrumentos propícios, embora nem definitivos nem únicos, para que a cidade de São Paulo responda, desde uma perspectiva de políticas

públicas e de proteção de direitos, às demandas de uma fração considerável e crescente de sua população, em meio à já inevitável mobilidade humana em escala global.

A partir de 2017, no entanto, houve uma mudança de gestão municipal que representou uma reacomodação de orientações e prioridades políticas, inclusive no que tange ao tema das migrações. No campo da saúde dos migrantes, em particular, conforme a declaração de vários entrevistados, ocorreu a interrupção completa das atividades relacionadas ao tema, e uma grande dificuldade de interlocução com a atual equipe da SMS, que só muito recentemente indicou novos nomes de gestores responsáveis pelo tema dentro da secretaria, de quem ainda não partiram iniciativas (PPSP2, 2017). PPSP1 afirma que não se autorizou, por exemplo, a continuidade de atividades de sensibilização de funcionários nas UBSs, e lamenta a ausência de iniciativas que poderiam dar seguimento aos programas anteriores:

> Para mim o maior erro foi cortar o processo que já vinha. Muita coisa ficou sem fazer, se poderia estar construindo outras atividades [...] outra proposta era na medida do possível contratar imigrantes na recepção ou alguns serviços das UBS. Faltou tempo para conceber coisas ainda maiores (PPSP1, 2017).

A interrupção desse trabalho é vista com ceticismo por boa parte das OSCs que atuam no campo, embora se espere a retomada de diálogo entre o Poder Público e a rede de apoio a migrantes na cidade:

> Hoje se desmobilizou todo esse sistema. Então primeiro, nunca vimos o Secretário de Saúde, ele nunca convocou as instituições para fazer um diálogo, até para saber a quantas anda a saúde dos imigrantes. Nunca houve uma aproximação de administradores regionais da saúde ou de gerentes, quer dizer, desmobilizou completamente o avanço que se estava fazendo [...]. Parece que a administração está voltada mais para dentro que para fora e os problemas estão fora da secretaria, não dentro. Não vejo nenhum sinal para indicar o caminho que a SMS vai seguir em relação aos migrantes. Esperamos que em algum momento se sente e construa um diálogo e para isso é necessária uma oportunidade, e não sei se haverá, porque, como disse, eles parecem mais voltados para dentro (OSCSP6, 2017).

É possível que, nesse contexto, o Conselho Municipal de Imigrantes (CMI), previsto em lei, se torne um espaço importante de interlocução entre o Poder Público e as OSC, já que sua composição inclui representantes das secretarias municipais responsáveis por políticas específicas para a população migrante. Haverá que se observar quão efetivo será esse canal de interação entre Poder Público e sociedade civil na tarefa ainda inconclusa de implementação da política municipal para migrantes. Para além dele, deve-se observar atentamente como a administração da

cidade se valerá das práticas e estruturas já postas para fazer frente à chegada e à presença da população migrante, reconhecendo-a como parte integrante de sua formação e como tal, garantindo-lhe direitos.

Pelo exposto, nota-se que a construção da política municipal para a população imigrante, dos seus aspectos mais gerais ao campo específico da saúde, baseou-se no princípio da participação social, tanto como meio de legitimação da política como espaço decisório. Desde os anos 1990, tal princípio, exortado em foros regionais e internacionais, tornou-se central nos processos de deliberação democrática e formulação de políticas públicas no âmbito local. (MILANI, 2008). As entrevistas obtidas demonstraram que esta participação não se deu de forma perfeita e completa, e que certas desigualdades entre os partícipes da interlocução entre o Poder Público e as OSC da cidade subsistiram, mesmo que os objetivos enunciados fossem no sentido oposto. Ainda assim, no que concerne a concepção de políticas públicas dirigidas a migrantes, é auspicioso que se fomente a participação dessa população que ainda não detém o direito à representação política em nenhum nível de governo, embora vivencie os resultados das decisões políticas da administração dos territórios em que residem.

6. O CASO DE BARCELONA

A exemplo do estudo do caso da cidade de São Paulo, o autor também realizou entrevistas com representantes do Poder Público e de organizações da sociedade civil atuantes no campo das migrações na cidade de Barcelona. Também sob a condição de anonimato, as entrevistas tiveram lugar em setembro de 2016 e fevereiro de 2017. A primeira estadia na cidade serviu para identificar os principais interlocutores para o estudo e obter contato com suas instituições, em especial as do Poder Público, da cidade de Barcelona e da Comunidade Autônoma da Catalunha. Na segunda ocasião, as entrevistas se concentraram nas organizações civis. Uma vez mais, para preservar a identidade dos entrevistados, adotou-se o mesmo sistema de letras e números utilizado no caso de São Paulo. Assim, as letras PP designam entrevistados do Poder Público e OSC de organizações da sociedade civil; já as letras BCN representam o caso de Barcelona, seguidas de um número aleatoriamente atribuído à entrevista.

Inicialmente, apresentamos alguns dados sobre a população migrante na cidade e o âmbito jurídico de atuação do governo local em migrações e saúde. Logo, examinamos a orientação da política migratória em âmbito local. Em seguida, evidenciamos as mudanças legislativas mais recentes no que se refere à interseção entre a política migratória e a saúde pública e, finalmente, as respostas jurídicas e políticas forjadas localmente diante dessas modificações. As seções se articulam conforme os assuntos mais frequentes do conjunto de entrevistas e seu vínculo com a literatura e os documentos oficiais consultados.

6.1. Dados e moldura jurídico-institucional

Segundo os dados mais recentes da Prefeitura de Barcelona, a cidade observou um crescimento expressivo do número de migrantes internacionais na primeira década e meia dos anos 2000 -- que passou de 3,5% em 2001 a 17,8% da população da cidade em 2017, isto é, pouco mais de 288 mil pessoas, de 166 nacionalidades. Este número variou pouco ao longo da última década e teve seu ápice em 2009, quando a proporção de não-espanhóis superou os 18% da população total (AJUNTAMENT DE BARCELONA, 2017). A despeito de ligeiras variações, tanto pelo retorno de alguns grupos a seus países de origem, especialmente sul-americanos, no contexto de crise econômica na Espanha, como pela aquisição da nacionalidade espanhola por

parte de muitos residentes mais antigos, a diversidade de origens da população tornou-se um "fato estrutural" da cidade.

Em consonância com esse contexto, Barcelona e a Comunidade Autônoma da Catalunha (nordeste da Espanha), da qual é a capital, reagiram relativamente cedo ao crescimento da população imigrante que começou a chegar à Espanha nos anos 1980 (FAUSER, 2008). As primeiras iniciativas da administração remontam a 1989, quando se estabeleceu o "Grupo de Trabajo de Refugiados y Extranjeros" e em seguida o "Servicio de Atención a Inmigrantes, Emigrantes y Refugiados" (SAIER), ativo desde 1991. Em termos de estrutura institucional, após alguns rearranjos de atribuições administrativas, atualmente o "Departament de Drets de la Ciutadania, Participació i Transparència" coordena as políticas dirigidas aos migrantes, em colaboração com outras seções do governo municipal, enquanto no plano da Comunidade Autônoma, a "Secretaria de Drets Humans, Immigració i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya" cumpre uma função semelhante.

O marco normativo das migrações na Espanha apresenta-se restritivo no que tange ao controle dos fluxos de entrada e à permanência de cidadãos extracomunitários, isto é, cidadãos de Estados não-membros da União Europeia (UE). A principal legislação nacional é a Ley Orgánica (LO) 2/2009, de reforma da "Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los inmigrantes en España y su integración". A referida lei reforçou mecanismos de punição à imigração irregular, incluindo a internação[28], e manteve antigos dispositivos de controle já previstos nas leis anteriores. A reforma da lei pretendeu absorver o conteúdo das mais recentes Diretivas da União Europeia na matéria, como a Diretiva 2008/115/CEE, relativa às normas e procedimentos nos Estados membros para o retorno dos nacionais de países terceiros em situação de estância irregular.[29]

O arranjo político do Estado espanhol, composto por dezessete Comunidades Autônomas (CAs), entre as quais algumas com língua e identidade culturais próprias de caráter fortemente político, como a Catalunha, acaba por dar margem a uma maior autonomia às CAs também em matéria de migrações, o que concorre para a assertividade das administrações locais. Segundo

[28] Cf. especialmente art. 55 a 59 e art. 62, referentes às sanções, expulsões e prerrogativas dos detidos nos centros de internamento de imigrantes.

[29] A Diretiva 2008/115 provocou protestos veementes de governos sul-americanos, ONGs internacionais e grupos religiosos à época de sua aprovação e adquiriu o título de "diretiva da vergonha", ao prever o aumento do tempo de detenção de imigrantes irregulares a até dezoito meses antes de sua repatriação, além do retorno forçado de menores, acompanhados ou não.

Zapata-Barrero (2012a), os critérios de eficiência e de identidade determinam o processo de construção da autonomia da região em matéria migratória. Nesse contexto, o governo central de Madri mantém uma abordagem pragmática, retendo competências no que se refere ao controle da admissão ao território nacional e dos procedimentos de naturalização, enquanto delega às CAs e aos governos municipais a responsabilidade pelas políticas de integração (acolhida, educação, trabalho, saúde, habitação etc.), cuja competência ora é exclusiva às CAs ora compartilhada entre estas e o governo central.

É na esteira dessa divisão de competências que o Parlamento da Catalunha aprovou, em maio de 2010, e de forma inédita entre as CAs da Espanha, a "Llei d'acollida de les persones immigrades i retornades a Catalunya", cujos objetivos enunciados já em seu Art. 1º são, entre outros, "promover a autonomia e a igualdade de oportunidade dos imigrantes e dos retornados, e também remover os obstáculos que o impedem em razão, principalmente, da falta de *competências linguísticas básicas* e o desconhecimento da sociedade e do ordenamento jurídico, com o objetivo de fazer efetivo o princípio de igualdade e obter uma maior coesão social." (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2010).

O ponto mais crítico da criação de um instrumento jurídico próprio no campo das migrações por parte do governo catalão consiste na ênfase do conteúdo linguístico assumido pelo texto da lei, que considera o aprendizado do catalão por parte do migrante um traço fundamental de sua integração, isto é, recorre ao que se define como "normalização linguística"[30]. Em sua defesa, o argumento trazido pelo legislador é que o domínio do idioma seria facultativo, mesmo que dele dependam as oportunidades de mobilidade social dos recém-chegados. Além disso, a própria adoção de um instrumento jurídico para reger aspectos de uma política migratória está diretamente relacionada às aspirações independentistas da região, que vai até o limite de suas competências para "proteger a identidade nacional catalã" (ZAPATA-BARRERO, 2012b).

No mesmo sentido, o artigo 138 do Estatuto de Autonomia da Catalunha, espécie de texto constitucional da região, estabelece o conjunto de suas competências em matéria de migrações,

[30] "Depois de um período inicial em que o poder político tentou institucionalizar o uso do catalão apelando à consciência linguística do cidadão individual -- no que se conheceu à época como "depén de tu" ("depende de você") --, o governo nacionalista resolveu buscar a institucionalização do valor social do catalão pela via legislativa, dando lugar a não poucas polêmicas e desencontros. (...) [trata-se da] defesa de uma língua ameaçada e politicamente vitimada: apesar de contar com o respaldo do poder legislativo catalão, o idioma autóctone não perdeu nunca, no discurso político predominante, o seu caráter de língua historicamente maltratada e permanentemente ameaçada de extinção pela convivência com uma língua forte e socialmente estendida como o espanhol. Reside aí o componente normativo, de natureza moral, associado à defesa do idioma catalão". (GONZALEZ; ANEZ, 2011)

entre elas, a competência exclusiva de primeira acolhida, o desenvolvimento da política de integração dos imigrantes e autorização de trabalho aos estrangeiros cuja atividade laboral se realize na Catalunha. A própria LO 2/2009 também atribuiu às CAs a intervenção em determinados procedimentos relativos à migração, como o reagrupamento familiar, a concessão de vistos de residência ou sua renovação e da nacionalidade por residência. Em suma, o quadro de competências legais conferidos aos governos regionais e locais é bastante amplo no caso espanhol, o que contribui diretamente para uma atuação mais assertiva dos governos subnacionais na seara das políticas migratórias.

No tocante ao direito à saúde dos imigrantes no Estado espanhol, a Constituição de 1978 prevê em seu artigo 13.1 que "os estrangeiros gozam das mesmas liberdades públicas que garante o Título I" da Carta ("Dos direitos e liberdades fundamentais"), cujo artigo 43 se refere diretamente ao direito à proteção da saúde. A LO 2/2009 também dispõe sobre o direito à assistência sanitária em seu Art. 12[31], e garante a todos os estrangeiros inscritos no padrão municipal o direito à assistência sanitária nas mesmas condições que os espanhóis[32]. No âmbito autonômico da Catalunha, o artigo 7º do Decreto 188/2001, "Dos estrangeiros e sua integração social na Catalunha", dispõe que o Departamento de Saúde e Segurança Social deve garantir o direito à saúde dos estrangeiros inscritos no padrão de um município catalão nas mesmas condições que o restante dos cidadãos. Tão relevante quanto essa disposição, está a criação do Serviço Catalão de Saúde (SCS), pela lei 15/1990, de Ordenação Sanitária da Catalunha, que preconiza que os serviços de saúde da comunidade atendam, a exemplo do SUS brasileiro, aos princípios da universalidade e da equidade.

Para os fins de análise deste trabalho, é importante sublinhar que as competências municipais previstas por lei em matéria de saúde pública são relativamente reduzidas, uma vez que na Catalunha a lei atribui aos entes locais serviços mínimos relativos à promoção da saúde e a gestão de riscos sanitários de diversas ordens (Art. 52 da Lei 18/2009, de Saúde Pública). Ainda

---

[31] «Artigo 12. Direito à assistência sanitária. 1. Os estrangeiros que se encontrem na Espanha, inscritos no padrão do município em que tenham domicílio habitual, têm direito à assistência sanitária nas mesmas condições que os espanhóis 2. Os estrangeiros que se encontrem na Espanha têm direito à assistência sanitária pública de urgência por doença grave ou acidente, qualquer que seja sua causa, e à continuidade de dita atenção até a situação de alta médica. 3. Os estrangeiros menores de dezoito anos que se encontrem na Espanha têm direito à assistência sanitária nas mesmas condições que os espanhóis. 4. As estrangeiras gestantes que se encontrem na Espanha têm direito à assistência sanitária durante a gestação, parto e pós-parto. "

[32] A Lei Reguladora das Bases do Regime Local (Ley 7/1985) prevê que os estrangeiros, qualquer que seja sua situação administrativa em relação à estadia na Espanha, devem se inscrever no "padrón municipal", um registro mantido pelas prefeituras para fins de recenseamento e acesso à assistência sanitária pública e gratuita.

assim, o Município de Barcelona, em particular, está provido de instituições como o Consórcio Sanitário de Barcelona (CSB), um ente público formado em parceria com o governo autonômico por meio do qual o SCS atua no território da cidade, na provisão de serviços sanitários. Além disso, uma vez que a inscrição ao "padrón municipal", gerido pelas prefeituras, constitui a condição para o acesso à assistência sanitária, a cidade se torna o canal mais imediato entre os habitantes e os serviços públicos de saúde, mesmo que estes sejam geridos estatutariamente pelo SCS, do governo autonômico.

Portanto, haveria, em princípio, uma coerência jurídica entre os diversos níveis de governo no relativo à assistência sanitária, já que a inscrição no padrão municipal garantiria o acesso dos migrantes aos serviços de saúde, reconhecido pelas leis constitucionais e infraconstitucionais, das esferas nacional e autonômica. No entanto, como se verá mais adiante, modificações legislativas recentes de iniciativa do governo central espanhol puseram em xeque essa coerência e abriram espaço a decisões políticas e jurídicas divergentes do governo catalão.

6.2. A orientação da política de integração migratória em Barcelona e na Catalunha

Interessa especialmente ao escopo deste trabalho a reivindicação, por parte da cidade de Barcelona, de um protagonismo maior dos governos locais na política migratória. Isto se evidenciou pelo conteúdo do Fórum de Prefeitos sobre Migração, Mobilidade e Desenvolvimento, realizado na cidade em junho de 2014, que originou a Declaração de Barcelona. Entre as constatações e demandas da Declaração, destacam-se o reconhecimento do protagonismo das cidades no que se refere à coesão social dos migrantes; a reivindicação à comunidade internacional de mais consideração das cidades como atores cruciais nos processos decisórios de políticas migratórias e, na prática, de mais fontes de financiamento em nível local das políticas de integração.[33] O conteúdo do documento é coerente com a orientação internacional da cidade, que aponta há décadas na direção do protagonismo dos governos locais[34]

[33] "Declaració de Barcelona", documento gerado pelo Fórum de Prefeitos sobre Migração, Mobilidade e Desenvolvimento, organizado pela Prefeitura de Barcelona em colaboração com a Organização Internacional para as Migrações (OIM), a Aliança Mundial de Conhecimento sobre Migração e Desenvolvimento (KNOMAD), o Banco Mundial, o Instituto das Nações Unidas para a Formação Profissional e Pesquisa (UNITAR) e a Comissão Europeia. Disponível em <http://www.bcn.cat/novaciutadania/pdf/ca/home/MF-Obert.ca.pdf>. Acesso em: junho 2017.

[34] No caso da cidade de Barcelona, tal assertividade internacional se expressou, de acordo com Vanessa Marx (2008), pelo chamado "Modelo Barcelona", composto grosso modo por três fases: a euforia pelo marketing de cidade para a realização de grandes eventos, como os Jogos Olímpicos de 1992; a liderança política na criação de redes e

e, dentro do contexto espanhol, reivindica a autonomia (no caso catalão, com forte viés nacionalista) das comunidades que compõem o país.

Desde 2003, a Prefeitura também lançou sucessivos planos de trabalho quadrienais que deveriam orientar a política migratória da cidade, por meio dos quais promoveu nos últimos anos a definição de uma estratégia própria de integração municipal baseado no que seus documentos oficiais, especialmente o "Pla Barcelona Interculturalitat", denominam "abordagem interculturalista", que busca obter "o equilíbrio entre o respeito e o reconhecimento da diversidade e os elementos comuns e compartilhados que garantem a coesão [social]" (AJUNTAMENT DE BARCELONA, 2012). Desse modo, o discurso oficial se orienta a uma absorção positiva da diversidade, que conjugaria os princípios da multiculturalidade e do assimilacionismo[35], sem levá-los, no entanto, nem aos extremos da guetização, exemplo da abordagem multiculturalista inglesa, nem aos dos conflitos de pertença cultural, como na experiência assimilacionista francesa.[36]

As entrevistas realizadas pelo autor com autoridades da Prefeitura de Barcelona e da Catalunha (Generalitat) buscaram identificar o entendimento do conceito e da prática da chamada interculturalidade como princípio da política de integração migratória na região. Segundo uma autoridade da Generalitat:

> Sim, nós temos um conceito claro, o temos claríssimo! Interculturalidade para nós é: a diversidade não é um drama, temos que extrair [dela] elementos positivos; dois, temos que fomentar a interação e três, há elementos que compartilhamos [...]. Os catalães vem praticando a interculturalidade sem sabê-lo há muito tempo [...] Quisemos compartilhar a nossa cultura com todas as pessoas que vieram de fora, mas ao mesmo tempo, não impusemos a nossa cultura. O que fizemos foi 'Escute, você não deixe de ser

---

organismos, como a Cidades e Governos Locais Unidos (CGLU), da qual a cidade é sede; e a prioridade pelo aspecto internacional e aproximação institucional das grandes organizações internacionais. Cada uma das fases representou, embora não linearmente, o amadurecimento de uma política clara de empoderamento da cidade no cenário internacional, a ponto de que um de seus prefeitos, Joan Clos, dirigisse um discurso à Assembléia Geral da ONU em 2001. É em congruência com tal assertividade que a cidade demanda, também no âmbito internacional, por mais recursos e ferramentas institucionais de manejo do fenômeno das migrações, tal como expresso na mencionada Declaração de Barcelona.

[35] Cf. nota 2.

[36] "Os países que durante anos optaram por aplicar sua versão do modelo multiculturalista, principalmente anglo-saxões, compartilham o fato de haver colocado muita ênfase no respeito e reconhecimento das diferenças e, no entanto, haver dedicado menos esforços a reforçar os elementos comuns que unem os cidadãos. O fato de não reforçar tais vínculos facilitou algumas tendências segregadoras e de fragmentação social, que não são favoráveis para garantir um bom nível de coesão. Por outro lado, o modelo assimilacionista, identificado sobretudo com a experiência francesa, colocou tanta ênfase no princípio da igualdade através da necessária adoção dos valores, da identidade e da cultura da sociedade de acolhida, que tendeu a sufocar as diversidades provocando desafetos de identidade que tampouco favoreceram a coesão. " (AJUNTAMENT DE BARCELONA, 2010, p.12)

> estrangeiro, mas aprenda o catalão, e isso poderíamos denominar um 'interculturalismo implícito'[37]. (PPBCN4, 2016)

O teor dessas declarações coincide com a crescente literatura acadêmica que propugna a interculturalidade como um paradigma de política para a integração de migrantes apropriado para o contexto de sociedades super-diversas como a europeia. Nesse sentido, Zapata-Barrero (2017) explica que o paradigma intercultural enfatiza uma abordagem baseada no contato, a fim de fomentar a comunicação e as relações entre pessoas de diferentes origens -- inclusive os nacionais -- e se concentrar em elos comuns em vez de diferenças. Além disso, percebe a diversidade como um recurso e suas principais forças normativas são a coesão social e uma cultura pública comum baseada na diversidade. O autor também atribui a este paradigma um caráter pragmático, que se baseia sobretudo na prática política local, em particular das cidades, onde se identifica o "contexto ecológico social da diversidade", ignorado pelas teorias multiculturalistas e assimilacionistas.

No domínio específico da saúde, essa orientação política intercultural se expressou por meio de uma série de medidas que visavam responder às demandas do atendimento da população migrante, de acordo com limitações linguísticas ou culturais. Entre essas providências, destaca-se a contratação de mediadores culturais e serviços de tradução, que auxiliavam as equipes de saúde dos diferentes níveis de atenção sanitária. Uma autoridade da Prefeitura entrevistada afirmou:

> [A interculturalidade] é um tema de que se tinha falado muito, sobretudo a partir de 2005, quando já se encontra muita população imigrante, que estão tendo os centros [de saúde] com culturas e línguas muito diversas, e surge a demanda para ter tanto competência cultural dos profissionais como profissionais mediadores, que ajudam na tradução, interpretação e também um pouco como lidar com as possíveis barreiras culturais. E isso tem seu auge nesses anos, se coloca em marcha o Plano Diretor de Imigração do Departamento de Saúde. Entre as coisas que fazem a mais palpável é colocar esse serviço de tradução, mediação, formar mediadores.[38] (PPBCN5, 2016)

---

[37] Tradução nossa: "Sí que tenim un concepte clar, ho tenim claríssim. Interculturalitat per nosaltres es: la diversitat no es un drama, en hem de treure els elements positius; dos, hem de fomentar la interacció, i tres, hi ha coses que compartim [...] els catalans venen practicant la interculturalitat sense saber-ho des de fa molt de temps. [...] Hem volgut compartir la nostra cultura amb tota la gent que ha vingut de fora, però al mateix temps, no hem imposat la nostra cultura i per tant el que hem vingut fent es dir 'escolti, tu no deixis de ser estranger, però aprèn també el català', i això podríem anomenar-ho un 'interculturalisme implícit'" (PPBCN4, 2016)

[38] Tradução nossa: "Es un tema de que se había hablado mucho, sobre todo a partir del 2005, cuando ya te encuentras con mucha población inmigrante, que están teniendo los centros [de sanidad] con culturas y lenguas muy diversas y surge la demanda de tener tanto competencia cultural de los profesionales como profesionales mediadores, que te ayudan a traducción, interpretación y un poco a lidiar también con las posibles barreras culturales. Y esto tiene su auge en esos años, se pone en marcha el Plan Director de Inmigración del Departamento de Salud. Entre las cosas que hace la más palpable es poner ese servicio de traducción, mediación, formar mediadores." (PPBCN5, 2016)

Ainda que houvesse um esforço de adaptação dos serviços públicos ao crescimento acelerado da população migrante ao longo dos anos 2000, um outro princípio norteador da política de integração, declarado em documentos oficiais[39] e endossado pela entrevista com PPBCN4, foi o da normalização dos serviços públicos. Por normalização, compreende-se o acesso e a utilização dos serviços pelos migrantes nos mesmos termos e condições da população autóctone, na perspectiva da aquisição completa de autonomia dos migrantes e de uma homogeneidade dos serviços, a fim de evitar a criação de estruturas paralelas de atenção a esse público, à luz da estabilização dos números de novos migrantes. PPBCN4 assim o explica:

> Nós temos um princípio geral do nosso modelo de integração, que é o princípio da normalização dos serviços públicos [ou seja], os mesmos serviços são para todos e portanto no temos um programa específico de saúde para os imigrantes, não temos equipamentos especiais. Pode haver um programa específico de imigração em saúde, pelo que se pode querer dizer que os serviços devam se adaptar a um público novo, diverso. Isso sim temos. [...] Mas a variação vai cada vez menor porque nosso processo migratório já se estancou. Hoje em dia podemos dizer que 50% ou mais dos estrangeiros vivem na Catalunha há mais de 10 anos, no mínimo. Para dizê-lo bem dito: não menos que 50% faz mais de 10 anos. [40] (PPBCN4, 2016)

Apesar da relativa estabilização da chegada de novos contingentes migratórios a seu território, a cidade de Barcelona e a Catalunha depararam mais recentemente com um número importante de demandantes de refúgio provindos de regiões de conflito e de grande instabilidade no Oriente Médio e na África subsaariana. Em setembro de 2015, sob o impacto de sucessivos casos de mortes de um grande número de pessoas em embarcações precárias no Mar Mediterrâneo, a cidade lançou o plano "Barcelona, Ciutat Refugi", com o propósito de estruturar um serviço integral de acolhida, "próprio e permanente" dedicado a refugiados e demandantes de refúgio, ao mesmo tempo em que demandava dos Estados europeus, e particularmente do governo central espanhol, o cumprimento das normas de direito humanitário relativas ao refúgio.

---

[39] Cf. Bases d'Acollida de Barcelona Ciutat (2007), do Ajuntament de Barcelona, e Pacte Nacional per a la Immigració (2008), da Generalitat de Catalunya

[40] Tradução nossa: "Nosaltres tenim un principi general del nostre model d'integració, que es el principi de la normalització dels serveis públics [es a dir], els mateixos serveis son per tothom, i per tant no tenim un programa específic de salut pels immigrants, en general no tenim uns equipaments especials… no en tenim. Si que pot hi haver un programa específic d'immigració en salut, pels que pot voler dir que el serveis públics s'hagin d'adaptar a un públic nou, divers. Això sí que ho tenim. però la variació cada vegada va menys perquè el nostre procés migratori ja s'ha estancat. Avui dia podem dir que 50% o més dels estrangers fa més de 10 anys que viuen a Catalunya, com a mínim. Per dir-ho ben dit: no menys que 50% fa més de 10 anys." (PPBCN4, 2016)

O plano consistia no reforço do SAIER municipal para capacitá-lo à chegada de novos demandantes de asilo; em um programa de assistência àqueles já presentes anteriormente no território da cidade que não tivessem atenção do programa do governo central; um espaço de coordenação com as OSC e de informação ao público em geral e, por fim, um estímulo às redes de cidades, na Espanha e em outros países da UE. A implementação do plano evidenciou, uma vez mais, a linha de atuação reivindicativa de autonomia e de articulação em redes de governos locais que a cidade vem protagonizando há décadas. Ademais, manifestou a tensão entre as orientações políticas divergentes entre a cidade e, por extensão, a Catalunha, e o governo central de Madri. Uma carta da própria prefeita de Barcelona, Ada Colau, divulgada por ocasião de lançamento do plano e dirigida ao presidente de governo, Mariano Rajoy, declarou essa posição reivindicativa:

> As prefeituras necessitamos de fundos e sabemos que há recursos. Este mesmo agosto [de 2015], a Comissão Europeia aprovou destinar 521,7 milhões de euros ao Estado espanhol no marco de seu programa para dar resposta à migração e ao refúgio. [...] Queremos que estes fundos se gestionem com transparência e sirvam para fortalecer a rede de acolhida que as cidades estão articulando com as entidades, em colaboração com as distintas administrações.[41] (AJUNTAMENT DE BARCELONA, 2015)

Em entrevista à imprensa, o coordenador do plano "Barcelona, Ciutat Refugi", Ignasi Calbó, salientou a ausência de coordenação entre os governos centrais e locais para a boa consecução de políticas de integração. Haveria, segundo ele, uma lacuna "irreconciliável" entre as leis estatais e o que se passa no terreno, que no caso espanhol se reforça ainda mais pelo alto nível de concentração das decisões e do orçamento referentes a essas políticas. Ramón Sanahuja, diretor do SAIER, afirmou, na mesma ocasião, que Barcelona atualmente possui uma melhor coordenação com instituições da União Europeia que com o próprio governo espanhol, com o qual desde 2011, as relações têm sido nulas em matéria de migrações. Também no nível supranacional, a cidade integra o Eurocities, a rede das principais cidades europeias, por meio da

[41] Tradução nossa: "Los Ayuntamientos necesitamos fondos y sabemos que hay recursos. Este mismo agosto la Comisión Europea aprobó destinar 521,7 millones de euros al Estado español en el marco de su programa para dar respuesta a la migración y el asilo [...]Queremos que estos fondos se gestionen con transparencia, y sirvan para fortalecer la red de acogida que las ciudades están articulando con las entidades, en colaboración con las distintas administraciones." (AJUNTAMENT DE BARCELONA, 2015)

qual tenta influenciar as decisões tomadas em âmbito europeu nesse tema que, segundo Sanahuja, focam muito mais no aspecto do controle de fluxos de entrada que em sua integração[42].

Esta posição é coerente com aquela expressa pelo representante da Generalitat entrevistado pelo autor. PPBCN4 endossou que a centralização da política de proteção aos refugiados por parte do governo central a torna particularmente complicada e que as relações entre as autoridades autonômicas e locais com Madri se deterioraram consideravelmente desde o início da década, quando se instalou a gestão do Partido Popular (PP) no país. Nas palavras de PPBCN4:

> Posso entender que o Estado espanhol dê a condição de refugiado, de acordo, mas a gestão da acolhida e integração dessa pessoa não tem nenhum sentido que a façam de maneira centralizada [...] Isso quer dizer que quando um refugiado é recebido em Sabadell e encontra trabalho em Sant Cugat [cidades do entorno barcelonês] e precisa todo dia tomar um trem, a entidade que gestiona [a acolhida] deste senhor envia um relatório a Madri, em Madri recebem o relatório e lêem 'Este senhor necessita comprar um bilhete de trem' 'Certo, de acordo, aprovo a ajuda de mais quatrocentos euros a este senhor'. Isso é uma forma de funcionar, mas o sistema está colapsado, quando sequer chegaram nos 10% de refugiados que têm que acolher se cumprirem seus acordos.
>
> [sobre a relação entre Generalitat e governo central] Eu acredito que sempre foi bastante fraca, quer dizer, os melhores momentos foram na época Zapatero [...] mas com o PP desapareceu totalmente, a relação não é boa nem ruim, praticamente não existe. Eles têm uma política do nosso ponto de vista muito lesiva aos direitos, à saúde, o PP[43] [...] (PPBCN4, 2016)

A reivindicação por autonomia e a ausência de um relacionamento frutífero com o governo central espanhol reforça o horizonte das aspirações independentistas da Catalunha, cuja classe política vislumbra na separação do Estado espanhol a oportunidade de implementar sua própria política migratória. PPBCN4 crê que uma eventual política migratória catalã seria mais progressista que aquela praticada hoje pelo governo central, porém dentro dos limites do âmbito

---

[42] Entrevista concedida ao OpenDemocracy, plataforma jornalística divulgadora de temas políticos e sociais. Disponível em: <https://www.opendemocracy.net/mediterranean-journeys-in-hope/cameron-thibos-ignasi-calb-ram-n-sanahuja/barcelona-city-of-refuge>. Acesso em 23.07.2017

[43] Tradução nossa: "Puc entendre que l'estat espanyol doni la condició de refugiat, d'acord, però la gestió d'acollida i integració d'aquesta persona no té cap sentit que la facin de manera centralitzada [...] Això vol dir que quan un refugiat està acollit a Sabadell i troba feina a Sant Cugat, i necessita cada dia agafar un bitllet de tren, a la entitat que gestiona aquest senyor envia un informe a Madrid, a Madrid reben el informe, el llegeixen "Aquest senyor necessita comprar un bitllet de tren" "Vale, de acuerdo, apruebo la ayuda de más cuatrocientos euros a este señor". Això es una forma de funcionar, però està colapsat, el sistema està colapsat, quan només no han arribat al 10% de refugiat que han d'acollir si acompleixen els seus acords.
Jo crec que sempre ha sigut més aviat fluixeta [débil], es a dir, en els millors moments, va ser en la època Zapatero, [...] Però amb el PP ha desaparegut totalment, la interacció no es ni bona ni dolenta, no existeix, pràcticament no existeix [...] ells tenen una política des del nostre punt de vista molt lesiva als drets, per exemple, la salut, el PP [...]" (PPBCN4, 2016)

da UE. Por progressista, o entrevistado se referiu a um procedimento mais claro e progressivo em relação à aquisição de direitos de nacionalidade e cidadania, homogeneidade das regras entre as diversas origens dos migrantes (dado que hoje cidadãos de Estados que foram colônia da Espanha podem adquirir a naturalização muito mais rapidamente que aqueles de outros países), e mais facilidades à permanência de estudantes. (PPBCN4, 2016).

6.3. Barreiras ao direito à saúde e o Real Decreto-Lei 16/2012

O aumento significativo da população migrante na Catalunha e na cidade de Barcelona nos últimos quinze anos demandou um esforço considerável de adaptação dos serviços públicos de saúde, no sentido de abarcar a diversidade de procedências e necessidades desse público. Ao longo desse período, houve a produção de numerosos estudos a respeito do acesso da população imigrante aos serviços sanitários. Entretanto, a maioria deles se dedicou a estabelecer comparações entre a utilização dos serviços entre migrantes e autóctones, baseados no exame quantitativo de questionários populacionais (LLOP-GIRONÉS et al, 2014). Ainda são escassos os que buscaram identificar os determinantes do acesso aos serviços de saúde por parte dos migrantes. Um exemplo entre estes últimos foi o relatório "La salut de la població immigrant de Barcelona", produzido pela Agência de Saúde Pública de Barcelona (ASPB), de 2008.

Com uma abordagem fundada nos determinantes sociais da saúde, o estudo destacou as condições de vida dos migrantes na cidade de acordo com diversos parâmetros (situação laboral, atividade física, mortalidade, percepções subjetivas de doenças etc.) e ofereceu à época um retrato substancial tanto de seu estado de saúde quanto a percepção do pessoal sanitário que atendia este público. Neste último aspecto, o texto concluiu que as principais dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde eram a comunicação, quando os pacientes não falavam nem catalão nem castelhano, e a distância cultural entre usuários do sistema e as práticas médicas, particularmente entre mulheres e cidadãos de origem chinesa. Os profissionais de saúde recomendaram a formação intercultural dirigida ao pessoal e o aumento da cobertura horária dos mediadores culturais como medidas atenuantes dessas barreiras. (ASPB, 2008)

Essas medidas viriam ao encontro de algumas barreiras identificadas pelo trabalho de Burón (2012), que realizou um extenso levantamento de natureza qualitativa, em diversas regiões da Catalunha, sobre os obstáculos enfrentados nos serviços públicos de saúde por populações de

diversas procedências residentes na região. A exemplo do caso de São Paulo, tais barreiras dizem respeito tanto às características do próprio sistema de saúde como às dos usuários. De acordo com o estudo, essas características operam muitas vezes de forma complementar em detrimento do acesso da população migrante, ou seja, disfunções do sistema se relacionam diretamente com características dos usuários na constituição das barreiras. Dessa forma, por exemplo, a informação insuficiente ou controversa sobre os trâmites para a obtenção do cartão sanitário individual, que permite o acesso aos serviços, fomenta o desconhecimento dos usuários migrantes sobre o funcionamento do sistema de saúde (BURÓN, 2012).

No mesmo sentido, a situação socioeconômica e laboral desfavorável dos usuários também representa um empecilho importante ao seu acesso ao sistema, já que os horários de abertura dos serviços tendem a coincidir com suas extensas jornadas de trabalho ou com a coerção de seus patrões quanto a ausências, particularmente no caso de migrantes em situação administrativa irregular. O tratamento discriminatório percebido por um número importante de usuários, desde a entrada ao sistema por meio da tramitação dificultada do cartão de saúde à qualidade da atenção recebida, também motiva o absenteísmo dos pacientes migrantes, por constrangimento ou pela ausência de redes sociais de apoio. (Ibid., p. 164)

Embora a avaliação dos usuários entrevistados por Burón (2012) fosse, à época, positiva em termos gerais sobre a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, a barreira linguística ocupava, já naquele diagnóstico, uma posição relevante como determinante da qualidade do acesso e dos serviços de saúde. Disso derivava, por conseguinte, a importância atribuída à figura dos mediadores culturais, destacados também pelo relatório da ASPB, como fator facilitador do acesso efetivo dos migrantes aos serviços. A adoção dos mediadores pelo sistema sanitário constituiria, por isso, uma estratégia de adaptação bidirecional dos serviços, no sentido de que mitigaria as barreiras constituídas tanto pelo sistema como pelos usuários (Ibid., p.165).

Este panorama relativo às barreiras ao acesso de migrantes ao sistema sanitário sofreu um impacto extraordinário a partir da entrada em vigor do famigerado “Real Decreto-Lei 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde e melhorar a qualidade e segurança de suas prestações” (doravante, RDL). Esta peça jurídica e suas normas reguladoras, introduzidas pelo governo central espanhol desde então, estabeleceu uma verdadeira mudança de paradigma da organização do sistema público de saúde do país, uma vez

que invalidou o princípio da universalidade do sistema e o substituiu por um modelo de acesso vinculado às contribuições trabalhistas, isto é, a condição principal de acesso ao serviço de saúde público consistiria na existência de um contrato de trabalho formal, com suas devidas prestações à Previdência Social.

Embora conservasse o direito ao atendimento de emergência em casos de acidente ou doença grave até sua recuperação, ou o atendimento a gestantes durante a gravidez, parto e pós-parto e de menores de dezoito anos, o RDL vedou, na prática, a assistência sanitária à população de migrantes em situação irregular e de outros coletivos no nível da atenção básica. Isto representou uma exclusão sanitária massiva, em forte contraste com o modelo de cobertura cidadã completa vigente desde 1986, por meio da Lei Geral de Saúde. Esta última baseava a sustentação financeira do serviço de saúde no orçamento geral do Estado e não nas contribuições previdenciárias.

Em meio a medidas rigorosas de austeridade fiscal que acompanharam a recessão econômica iniciada em 2008, o principal argumento apresentado pelo governo central espanhol à época da aprovação do decreto, como o sugere o próprio nome da lei, foi a insustentabilidade financeira do sistema de saúde. Este estaria sobrecarregado por gastos excessivos derivados da prestação de serviços sanitários a residentes não-nacionais irregulares ou por aqueles que, mesmo com status migratório regular, não contribuíam à base financiadora do sistema. No entanto, jamais se apresentaram dados que corroborassem o real impacto da população em situação migratória irregular sobre os custos do sistema. Não se forneceu tampouco uma avaliação do impacto posterior da medida sobre os custos globais do sistema, já que se espera que a exclusão de um importante contingente da atenção básica conduza a um uso mais frequente -- e provavelmente mais custoso -- dos serviços de emergência, além do custo que as complicações que a falta de acesso ao tratamento no nível de atenção primária em saúde podem acarretar para o próprio sistema.

Um importante estudo publicado recentemente no quadro do Projeto EquiHealth, da OIM, coletou dados sobre as condições de saúde de migrantes internacionais em diferentes Estados-membro da UE. No caso espanhol, a pesquisa estabeleceu simulações específicas que demonstram que a exclusão sanitária no nível da atenção básica de migrantes irregulares pode gerar, para o caso de doenças crônicas, *o dobro* de despesas ao próprio sistema de saúde, caso o estado de um paciente se deteriore a ponto de que necessite assistência no nível hospitalar, além

dos custos expressivos em termos da perda de condições de trabalho do referido paciente. (TRUMMER, NOVAK-ZEZULA, 2016)

Um outro argumento a que recorreu o governo se referiu ao chamado "turismo sanitário" praticado por cidadãos comunitários e extracomunitários, isto é, o deslocamento de pessoas em direção ao país visando ao uso dos serviços sanitários até então gratuitos como fator ameaçador à sustentação do sistema de saúde. Mais uma vez, além de não demonstrar informações precisas sobre o impacto desses "turistas" sobre o sistema, o governo foi desmentido pelo relatório do Tribunal de Contas emitido em 29 de março de 2012, que concluiu que o déficit espanhol nessa matéria não se devia à chegada dessas pessoas, mas sim à ineficiência do sistema de cobrança de faturas aos seus países de origem[44].

O retrocesso provocado pelas medidas de austeridade na Espanha e particularmente a retirada do direito à atenção sanitária aos migrantes irregulares receberam o contínuo rechaço de diversas organizações internacionais, como o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Conselho de Direitos Humanos da ONU, do Comitê Europeu de Direitos Sociais, além de ONGs como a Anistia Internacional e o Center for Economic and Social Rights (CESR). Internamente, a Defensoria Pública também se manifestou com preocupação em relação ao descumprimento, por parte do Estado espanhol, de suas obrigações internacionais relativas à salvaguarda do direito à saúde, derivadas, entre outros instrumentos, da Convenção Europeia de Direitos Humanos[45].

A despeito da carência de dados quantitativos exatos sobre os efeitos do RDL e sua regulação, uma vez que a população de migrantes em situação irregular é geralmente invisível para as estatísticas, o próprio governo apontou a quantidade de 873 mil cartões de saúde que teriam sido anulados até 2013 em consequência do RDL[46]. A literatura acadêmica também levantou estimativas a respeito da exclusão sanitária e calculou que a partir de setembro de 2012, quando passou a vigorar o RDL, entre 2700 e 4600 migrantes irregulares soropositivos perderam

---

[44] Informe del Pleno del Tribunal de Cuentas. Disponível em <http://www.gerontomigracion.uma.es/v2/sites/default/files/usuarios/Informe-del-Tribunal-de-Cuentas-sobre-asistencia-sanitaria-a-extranjeros.pdf>. Acesso em 10.07.2017

[45] El Defensor del Pueblo realiza cinco recomendaciones a Sanidad. Disponível em <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/el-defensor-del-pueblo-realiza-5-recomendaciones-a-sanidad-2/>. Acesso em: 10.07.2017

[46] O Primeiro-Ministro Mariano Rajoy anunciou o dado, por ocasião do "Debate sobre el Estado de la Nación", de 20 de fevereiro de 2013, na Congresso dos Deputados. Disponível em <http://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/DS/PL/DSCD-10-PL-91.PDF>. Acesso em: 10.07.2017

acesso aos tratamentos antirretrovirais (BOSCH et al, 2014). Além dessas estimativas, uma ampla rede de organizações da sociedade civil denominada Rede de Denúncia e Resistência ao RDL 16/2012 (REDER), presente em todo o território espanhol, comunicou em seu mais recente relatório a identificação de 3340 casos de exclusão sanitária, entre janeiro de 2014 (quando se iniciou a coleta de dados) e março de 2017 (REDER, 2017).

Uma rede semelhante e integradora da REDER, composta por profissionais de saúde e profissionais liberais, denominada "Plataforma por uma Atenção Sanitária Universal na Catalunha" (PASUCAT) se estabeleceu em março de 2013. Além do objetivo mais amplo de derrogar o RDL, a PASUCAT almejou dar visibilidade aos casos de exclusão sanitária derivados da normativa vigente. As informações coletadas tanto pela REDER em escala nacional como pela PASUCAT em nível regional demonstraram que o RDL teve uma repercussão ainda mais negativa em termos do acesso aos serviços de saúde do que seus objetivos declarados previam. A exclusão sanitária se estendeu a indivíduos cujo status migratório e a próprio conteúdo do RDL não afetariam em princípio seu acesso ao sistema, como cidadãos comunitários, gestantes e menores de dezoito anos. Entre os casos identificados pela REDER, por exemplo, quase metade (45%) se referia a pessoas com situação migratória regular no território espanhol.

A PASUCAT recolheu casos de exclusão entre sua criação e meados de 2015. Nesse período, reconheceu a incidência de 151 casos de exclusão sanitária, dos quais 35% correspondiam a gestantes ou menores de dezoito anos (PASUCAT, 2015). Para esta pesquisa, o autor entrevistou uma representante da plataforma, também profissional de saúde no nível da atenção básica, que ressaltou que os casos reportados estão subestimados, já que nem todos chegam ao radar de denúncias da rede:

> Nós sempre dizemos que é a ponta do iceberg, porque são os [casos] que conhecemos, alguns dos quais são amigos nossos. [...] O discurso que nos dão é sempre 'não, são casos isolados', se fôssemos contar, creio que contando [temos] uns duzentos e cinquenta aquí [na Catalunha] [...][47](OSCBCN2, 2016)

Para além das estimativas quantitativas em relação à exclusão sanitária instaurada pelo RDL, alguns poucos estudos recentes investigaram, por métodos qualitativos, a percepção de profissionais de saúde e usuários migrantes do sistema sanitário sobre as mudanças a partir da

[47] Tradução nossa: "Nosotros siempre decimos que es la punta el iceberg, porque son los que conocemos, algunos de los cuales son amigos nuestros. [...] El discurso que nos dejan siempre 'no, que son casos aislados', si fuéramos a contar, creo que contando [tenemos] unos doscientos cincuenta aquí [em Cataluña]" (OSCBCN2, 2016)

nova normativa. A restrição ao acesso emergiu dos discursos de todos os grupos entrevistados por Porthé et al. (2016). Da parte dos migrantes, de origem marroquina e boliviana, bastante representativos na região, as barreiras provinham das dificuldades em obter o cartão sanitário individual ou da exigência de pagamento por parte do serviço de saúde. Segundo os profissionais de saúde consultados, as principais dificuldades que afetavam o serviço consistiam na redução gradual das equipes, o que gerava a sobrecarga de trabalho aos remanescentes, e a drástica redução da disponibilidade de mediadores culturais na rede de atenção (PORTHÉ et al, 2016)

As deficiências sistêmicas apontadas pelo pessoal de saúde explicam-se em parte pela redução drástica dos gastos em saúde pública praticados pela Espanha, de mais de 17% entre 2010 e 2014 (Ibid.). Este descenso se traduziu em cortes orçamentários também no nível autonômico na Catalunha, que reduziu seus gastos em saúde em pouco mais de 10% entre 2010 e 2012 (BOSCH et al, 2014). As medidas de austeridade econômica tiveram, portanto, um impacto profundo na provisão de serviços públicos de saúde para a população como um todo, porém é previsível que as parcelas sociais mais vulneráveis, entre elas a de migrantes internacionais, padeçam de forma mais intensa as consequências dos cortes em gastos sociais, sobretudo no contexto de recessão econômica, que afetam diretamente os determinantes sociais da saúde. (RECHEL et al, 2013).

6.4. As respostas locais e regionais ao RDL

A modificação legislativa em relação ao direito à saúde na Espanha provocou reações heterogêneas por parte das 17 CAs que compõem o território do país. De acordo com suas afinidades políticas e prerrogativas legais em termos de gestão das despesas de saúde, houve casos de CAs que implementaram o conteúdo do RDL exatamente como aprovado (Castilla la Mancha e Madri); casos de CAs que rejeitaram completamente as provisões do decreto (Andaluzia e País Basco) e aquelas que optaram por uma via intermediária, com a criação de suas próprias provisões legislativas, como a Catalunha. Desse modo, um outro efeito nocivo do RDL nos últimos anos foi a fragmentação da aplicação da normativa sanitária no país por diferentes regimes, circunscritos ao território de cada CA, o que coloca em risco a equidade do sistema sanitário conforme a localização dos cidadãos no território.

No caso que concerne a esta pesquisa, a decisão do governo catalão pela elaboração de seus próprios instrumentos legais de regulação do acesso aos serviços de saúde representou um fator complicador adicional ao quadro de exclusão sanitária. Logo após a entrada em vigor do RDL, o SCS emitiu a Instrução 10/2012, pela qual se determinava o procedimento de acesso aos serviços públicos de saúde regionais, para as pessoas excluídas da cobertura pública nacional. Tal procedimento incluía, para todos os efeitos, a inscrição prévia do demandante no "padrón municipal", além de uma série de declarações sobre recursos financeiros próprios e a condição de não-assegurado do sistema nacional de saúde[48]. Ainda conforme a Instrução, apenas após um ano do reconhecimento do acesso do demandante, este poderia usufruir de todos os níveis de assistência sanitária disponíveis.

Este período de carência foi fortemente criticado pelas redes de denúncia à exclusão sanitária, o que precipitou, após um longo processo, a emissão de uma segunda Instrução, a 08/2015. Esta se diferenciou da primeira ao criar dois níveis de assistência. O demandante, após apresentação dos mesmos documentos exigidos anteriormente, poderia acessar o primeiro nível de atenção, constituído apenas por programas de interesse sanitário como DSTs, desde a data de seu "empadronamento". O segundo nível, que continha todos os demais âmbitos de assistência, só estaria disponível após três meses de sua inscrição ao "padrão" municipal[49]. Embora reduzisse o tempo de carência até o efetivo acesso do cidadão aos serviços, na prática, o conteúdo da segunda Instrução implicou mais confusão em um sistema já bastante deturpado pela legislação nacional. A representante da PASUCAT entrevistada pelo autor assim descreveu o papel complicador das Instruções:

> [...] o problema é que por um lado tentou integrar, mas por outro complicou muito as coisas. Além disso, tivemos duas instruções nesse tempo [...] já é um grupo [o de imigrantes] ao qual custa muito acessar, primeiro você tinha o RDL, depois a primeira Instrução, era bastante complexa e agora temos uma segunda Instrução. A tudo isso [se soma que] na Catalunha você tem muitos fornecedores de saúde diferentes, coisa que não acontece em todas as CAs, ou seja, um dos problemas é que o SCS tem muitos fornecedores diferentes de saúde [...] Isso significa muitos grupos ou empresas com os quais você tem que comunicar e falar. [...] Isso dificultou um pouco o tema.

[48] Instrucció 10/2012, do Serviço Catalão de Saúde, Disponível em <http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2012/instruccio_10_2012_30_agost/instruccio_10_2012.pdf.> Acesso em 10.09.2016

[49] Instrucció 08/2015, do Serviço Catalão de Saúde. Disponível em <http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_08_2015/instruccio_08_2015.pdf> Acesso em 10.09.2016.

> Depois, você tem como tudo isso chega aos trabalhadores da rua, sobretudo os administrativos, né? E aqui influenciam duas coisas, por um lado a complexidade da normativa e o que diz, e por outro as mensagens que foram muito contraditórias, pouco claras. Isso calou de alguma forma a atitude de trabalhar dos próprios profissionais que te atendem [...] Criou-se uma heterogeneidade e uma certa arbitrariedade na hora de aplicar a normativa e este foi um dos grandes problemas[50] (OSCBCN2, 2016)

Previsivelmente, a avaliação negativa da Instrução por parte dos movimentos sociais constrastou diretamente com a apreciação do representante do Serviço Catalão de Saúde, para quem:

> [...] esta Instrução é muito clara, do acesso desde o primeiro momento que uma pessoa vem à Catalunha e já se empadrona, desde o primeiro momento tem um cartão sanitário com um nível de cobertura restrito para emergências e para os processos graves [...] Depois, é verdade que até os três meses de empadronamento não tem acesso aos serviços gerais, para evitar um pouco o turismo sanitário. Que não tem porque pessoas desde o primeiro dia ter acesso a tudo, então tem que se restringir um pouco [...] Isso é por um pouco de ordem em toda a população que o RDL do governo central não contempla, que são os estrangeiros que não estão aqui…[51] (PPBCN1, 2016)

PPBCN1, além disso, sustentou em entrevista ao autor que as disfunções de atendimento denunciadas pelas redes como a PASUCAT são pontuais e que a rede de equipamentos de saúde recebe constantemente dos dirigentes do SCS a instrução básica de primeiramente atender ao cidadão, sem constrangê-lo imediatamente a qualquer pagamento ou à apresentação compulsória de documentos de identificação. OSCBCN2, no entanto, reforçou que um dos grandes pontos de desgaste para o trabalho da PASUCAT e sua relação com o próprio SCS é a relutância do último

---

[50] Tradução nossa: "[...] el problema es que por un lado ha intentado integrar, pero por otro lado ha complicado mucho las cosas. Además, hemos tenido dos instrucciones en este tiempo. ya es un grupo que cuesta mucho acceder, tenías primero el Real Decreto, luego la primera instrucción, era bastante compleja y ahora tenemos una segunda instrucción. A todo esto, en Cataluña tienes muy diferentes proveedores de salud, cosa que no pasa en todas Comunidades Autónomas, es decir, uno de los problemas es que el CatSalut tiene muchos proveedores diferentes de salud. Eso significa muchos grupos o empresas con los que tienes que comunicarte y hablar. [...] Esto ha dificultado mucho el tema. Luego tienes cómo todo eso llega a los trabajadores de a pie, sobretodo a los administrativos, vale? Y aquí influyen dos cosas, por un lado la complejidad de la normativa y lo que dice, [...], los mensajes han sido muy contradictorios, poco claros. Eso ha calado de alguna manera la actitud de trabajar a los propios profesionales que te atienden [...] Se ha creado una heterogeneidad y una cierta arbitrariedad a la hora de aplicar la normativa y este ha sido uno de los grandes problemas".

[51] Tradução nossa: "[...] esta Instrucción es muy clara, del acceso desde el primer momento que una persona viene a Cataluña ya se empadrona, desde el primer momento, tiene una tarjeta sanitaria con un nivel de cobertura restringido para urgencias y para los procesos graves, [...]. Luego es verdad que hasta los tres meses de empadronamiento no tiene acceso a los servicios generales, para evitar un poco el turismo sanitario. Que no tiene porqué personas desde el primer día tengan acceso a todo, entonces hay que restringir un poco. Los menores desde el primer día tienen acceso a todos los servicios, una mujer embarazada también se tiene que atender. Eso es poner un poco de orden en toda la población que no contempla el Real Decreto-Ley del gobierno central, que son extranjeros que están aquí…" (PPBCN1, 2016)

em admitir a existência de um problema sistêmico de exclusão sanitária e a insistência em resolver caso a caso os episódios denunciados pela rede.

Apesar de seus atritos e visões divergentes, é notório que tanto a PASUCAT, como outras organizações da sociedade civil, como "Salut i Família" e "SOS Racisme", participaram ativamente de certos processos de decisão política e também na implementação de alguns programas emanados do Poder Público, tanto municipal como autonômico, na esteira das respostas que essas administrações articularam à modificação legislativa do Estado espanhol. Os entrevistados de PASUCAT e Salut i Família declararam ter participado diretamente no processo de redação da segunda Instrução do SCS (OSCBCN2, OSCBCN3, 2017). Um outro exemplo de colaboração direta entre o Poder Público e as OSCs na cidade é a prerrogativa outorgada à Salut i Família e à Cruz Vermelha da Catalunha para proceder ao "empadronamento" de pessoas em situação de vulnerabilidade social (OSCBCN2, OSCBCN5, 2017).

Com efeito, mesmo antes da mudança legislativa, o procedimento de inscrição no "padrón" municipal já supunha um obstáculo importante para determinados grupos de migrantes, posto que o registro nesse sistema municipal é baseado na comprovação do endereço residencial do solicitante na cidade (BURÓN, 2012). A cidade de Barcelona confere desde 2011 a isenção aos não-espanhóis da apresentação de documentos comprobatórios de seu local de residência, no momento de inscrição ao "padrón". Desse modo, evita-se que um número significativo de migrantes em situação administrativa irregular ou sem domicílio fixo não acessem os serviços públicos de saúde. Certos municípios catalães não seguem o mesmo paradigma e excluem da rede de assistência sanitária habitantes que não podem provar possuir um domicílio fixo. (MÉNDEZ Y SAGARRA, 2011).

As autoridades municipais incumbidas da matéria de migrações reconhecem na extensa rede de apoio da sociedade civil a migrantes um importante condutor das políticas concebidas pelo Poder Público. Ainda segundo Ramón Sanahuja, diretor do SAIER, a rede de mais de 160 OSCs que fornecem serviços nos bairros da cidade -- como assessoria jurídica e informações sobre o acesso ao sistema de saúde -- é crucial para os serviços municipais de acolhida. De acordo com Ignasi Calbó, o tecido associativo da cidade é parte constitutiva da política de integração, sem a qual o governo da cidade "estaria perdido".[52]

[52] Cf. nota 40

Pode-se atribuir também a esta rede a incidência política que resultou na aprovação, em junho de 2017, da "Lei de Universalização da Assistência Sanitária com Cargo a Fundos Públicos por Meio do Serviço Catalão da Saúde". Esta lei, aprovada pelo Parlamento da Catalunha, que convocou ao longo do processo legislativo diversas OSCs envolvidas com o tema, como a PASUCAT e SOS Racisme, restaurou no território da região a cobertura universal dos serviços públicos de saúde, baseados na condição de residência dos cidadãos, comprovada mediante a inscrição ao "padrón" de um município. Desta feita, a região junta-se definitivamente ao grupo de CAs da Espanha que não aplica as provisões do RDL em seus territórios. Mais que isso, tratou-se do restabelecimento da proteção legal do direito à saúde dos coletivos diretamente afetados pela legislação do Estado espanhol, em particular os migrantes internacionais irregulares.

Mesmo que o princípio da universalidade do sistema sanitário não esteja mais previsto de forma homogênea no país, a aprovação da lei catalã estabelece um precedente que poderia ser seguido, em princípio, por outras CAs e assim, debilitar a força normativa do RDL. Apesar de reconhecer o avanço no campo legislativo, alguns movimentos sociais ainda possuem reservas ao texto da lei de universalização, dadas as dificuldades significativas de muitos indivíduos de obter sua inscrição ao "padrón" em certos municípios. Daí poder afirmar que, nesse sentido, o caso de Barcelona representa, mesmo que numa escala muito localizada, um *locus* de reconhecimento do direito à saúde em um contexto de elevada insegurança jurídica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo dos dois casos desenvolvido ao longo deste trabalho são exemplos de como os governos municipais ou subnacionais podem, dentro de seus limites de competências, responder à realidade migratória que lhes afeta diretamente, por vezes em oposição às decisões políticas tomadas no plano dos governos nacionais. Isto pode se dar porque, da perspectiva local, distinguem-se mais claramente as condições de vida concretas da população migrante, em contraponto à distante burocracia do alto escalão estatal. A eficiência desta resposta está sujeita a uma série de contingências de ordem política, jurídica ou econômica.

Em termos de suas relações com os governos nacionais no âmbito das políticas migratórias e de saúde para migrantes, utilizando a tipologia proposta por Scholten e Penninx (2016), podemos identificar distintos padrões de governança entre São Paulo e Barcelona. A primeira demonstrou algum investimento em uma *governança multinível*. A Prefeitura contou, por exemplo, com o acordo pontual com o governo federal para colocar em marcha o Centro de Referência e Acolhida de Imigrantes (CRAI), via Ministério da Justiça e o Termo de Cooperação 92 estabelecido com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), que viabilizou a implementação de uma série de medidas em relação aos programas de saúde pública dedicados à população migrante, com intermédio formal do Ministério da Saúde.

Ainda assim, não se pode exagerar a densidade da coordenação entre o nível local e nacional, dado o contexto de uma legislação nacional ainda extremamente desfavorável a uma agenda progressista de direitos aos migrantes e o atraso para uma atualização legislativa nessa direção. Na verdade, o vácuo jurídico em relação ao papel dos governos locais e a incongruência do Estatuto do Estrangeiro com os preceitos da ordem constitucional podem ter precipitado ao mesmo tempo uma orientação *localista*, ainda nos termos de Scholten e Penninx, no sentido de que a cidade, principal pólo migratório do Brasil, protagonizou a formulação e a implementação de políticas próprias para migrantes, de forma inédita no país.

A cidade de Barcelona, por sua vez, parece ter mantido ao longo dos últimos anos um padrão de governança mais próximo do que Scholten e Penninx denominariam “desacoplado” em relação ao governo nacional espanhol, e ao mesmo tempo multinível, com as OSCs e com as redes de cidades europeias. A ausência de coordenação política declarada entre os representantes dos governos municipal e autonômico e o governo de Madri no que concerne o trato das migrações na cidade já sugeria o “desacoplamento”, porém ele se evidenciou complemento pelos

desdobramento políticos da interação entre os diferentes níveis de governo em 2017. No escopo deste trabalho, a aprovação da "Lei de Universalização da Assistência Sanitária" na Catalunha, precedida pela judicialização do RDL 16/2012, demonstra o conflito direto entre as orientações políticas dos governos nacional e regional e, por extensão, municipal, dado o papel relevante do governo de Barcelona no sentido da inclusão sanitária. Em um contexto mais amplo, a intervenção do governo espanhol na Catalunha, em resposta à tentativa de independência oficial da região, no fim de 2017, realça ainda mais a natureza historicamente conflitiva da relação entre os catalães e Madri.

Em ambas as cidades, podemos identificar o elemento comum da governança no sentido horizontal, uma vez que ambas as administrações dispuseram de uma intensa interação com as OSCs, cuja atuação se ampliou da pressão exercida cotidianamente pelo aperfeiçoamento e adaptação de serviços públicos e de sua implicação direta no fornecimento dos serviços, para a participação direta na formulação de textos legais e iniciativas públicas favoráveis à proteção dos direitos dos migrantes. A dimensão e o vulto de ambas as cidades no que se refere à incorporação de populações consideráveis de diferentes origens permitiu o que Nicholls e Uitermark (2016) identificam como economias de escala e escopo, que se traduziu em uma ampla gama de instituições que adensam os discursos e a visibilidade em relação à migração.

Em São Paulo, a presença de importantes comunidades, especialmente sul-americanas, de fluxos mais recentes, impulsionou a entrada do tema na agenda política da cidade e um processo altamente criativo de formulação de políticas públicas voltadas a essa parcela da população. Além disso, o governo municipal convocou, em diversas ocasiões, a participação da rede de organizações não-governamentais envolvida diretamente nas questões dos migrantes na cidade. Destacam-se, entre esses momentos de participação da sociedade civil, o Comitê Intersetorial da Política Municipal para Imigrantes, que redigiu a minuta da Lei Municipal para a População Imigrante e o Grupo de Trabalho (GT) formado no âmbito da SMS, que direcionou as atividades do TC 92 com a OPAS/OMS.

Em Barcelona, com uma trajetória mais longa de recepção de migrantes, a extensa rede de apoio e representação de migrantes é tida, pelos próprios formuladores de políticas do âmbito municipal e autonômico, como parte essencial da política municipal. Essa participação do amplo tecido associativo da cidade contribui para o que Zapata-Barrero (2017) distingue como a formação de uma cultura pública comum baseada na diversidade característica da chamada abordagem intercultural para a integração de migrantes na cidade. No campo da saúde pública, a exclusão sanitária imposta pelo RDL 16/2012 e suas consequências negativas no nível local foram intensamente combatidas pelas OSCs defensoras do sistema de saúde de caráter universal, que chegaram também a subsidiar tanto o texto das "Instruccions" do SCS como o processo legislativo que culminou na Lei de Universalização da Assistência Sanitária.

É importante assinalar, contudo, que a atuação mais assertiva dos governos locais em matéria de migrações não suplanta a relevância de políticas nacionais e supranacionais coerentes com as garantias de direitos humanos. Pouco vale que alguns poucos focos no território se tornem oásis de um bem-estar mínimo aos migrantes se em poucos quilômetros de distância eles podem ter seus direitos fragilizados pela ausência dessa garantia. Daí que as respostas locais devem vir articuladas a uma política migratória mais ampla de garantia de direitos e provisão de recursos de toda ordem para que as políticas públicas funcionem efetivamente na ponta da cadeia.

Dentro deste debate, as políticas econômicas de austeridade vão claramente na contramão dessa necessidade, já que em lugar de ampliar a oferta de recursos e aprimorar políticas públicas, elas desmontam as bases dessas últimas, afetando invariavelmente os mais vulneráveis, entre eles, migrantes em condições de vida mais frágeis. Tanto o caso espanhol como o brasileiro, apesar dos últimos avanços legislativos específicos em matéria migratória, evidenciam essa incongruência. Ainda é escassa a avaliação dos impactos diretos das medidas de austeridade sobre as condições de vida da população migrante no Brasil e na Espanha, embora os primeiros estudos já sugiram uma deterioração da qualidade da atenção sanitária neste último. A evidência reunida sobre outros casos, como mencionado anteriormente, demonstra um dano inequívoco às condições de saúde das populações mais frágeis, entre as quais os migrantes de baixa renda.

Os casos de São Paulo e de Barcelona inserem-se em um contexto amplo em que a mobilidade humana alcançou patamares sem precedentes em escala global, de variadas motivações e em múltiplas direções, em que pesem as restrições ao (ou as omissões estatais diante do) ato de migrar. Na qualidade de cidades globais, é de se esperar que os seus governos

empreendam políticas que estejam à altura da complexidade do fenômeno migratório, no sentido de convertê-lo em fonte de bem-estar social, baseado na proteção dos direitos das pessoas que nelas residem. Se não o fazem, estas pessoas são relegadas à margem do corpo social urbano. É justamente a esta margem que em geral se atribuem as disfunções de um sistema econômico por sua própria dinâmica já profundamente desigual, transformando os migrantes em "bodes expiatórios" das crises econômicas e do mal-estar social.

Para além dos benefícios econômicos da mobilidade que as próprias organizações internacionais há tempos reconhecem como manifestos, a integração política e social de migrantes nas cidades – e idealmente em todas as escalas geográficas – representaria um avanço civilizatório do reconhecimento da condição humana em todos os seus aspectos. O direito à saúde examinado por este trabalho na escala local, porém já consagrado em acordos internacionais, constitui um dos aspectos mais basilares de nossa condição como pessoas, o que nos impele a almejar sua proteção o mais horizontal e indiscriminadamente possível. Esta proteção se materializa na escala das cidades, o que sugere que delas pode emergir uma nova concepção do que consideramos ser cidadão.

8. APÊNDICE A - Lista de Entrevistados

Abaixo constam os nomes das instituições que cederam entrevistas, em sua grande maioria gravadas e transcritas, com o devido consentimento dos declarantes.

São Paulo

Coordenação de Políticas para Migrantes (CPMig)

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Centro de Apoio e Pastoral do Migrante (CAMI)

Presencia América Latina (PAL)

Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC)

Conectas Direitos Humanos

Cáritas Arquidiocesana de São Paulo

Missão Paz São Paulo

Equipe de Base Warmis-Convergência das Culturas

Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde Brasil (OPAS/OMS)

Barcelona

Generalitat de Catalunya, Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

Generalitat de Catalunya, Agència d'Evaluació de Tecnologies Mèdiques de Catalunya

Generalitat de Catalunya, Agència de Salut Pública

Servei Català de la Salut (CatSalut)

Ajuntament de Barcelona, Àrea de Drets Socials

Plataforma per una Sanitat Universal a Catalunya (PASUCAT)

SOS Racisme

Creu Roja de Catalunya

Salut i Família

Càritas Diocesana de Barcelona

9. APÊNDICE B - Questionários de Entrevistas

SÃO PAULO

A) Versão para Representantes da CPMig

1. Que cargo e função ocupa?

2. Desde quando atua neste órgão?

3. Quais foram as principais atividades desempenhadas pela Coordenação nesses anos de funcionamento?

4. O site da prefeitura destaca que o objetivo da Coordenação é "articular as políticas públicas migratórias no município de forma transversal, intersetorial e intersecretarial". De que forma isto se deu e em que medida este objetivo se efetivou?

5. Que lugar ocupa nesse conjunto de políticas as questões de saúde pública dos migrantes? Qual o nível de interlocução entre a Coordenação e a SMS?

6. Que relação mantém a Coordenação com os diferentes níveis de governo? E com os atores sociais que se ocupam da matéria?

7. Crê que a cidade dispõe de autonomia suficiente para a implementação das políticas sobre a população migrante?

8. Quais os desafios que possui esse órgão frente ao fenômeno migratório nos próximos anos? Há alguma perspectiva sobre a continuidade dessas políticas apesar da transição para um novo governo?

B) Versão para os Representantes da Secretaria Municipal de Saúde

1. Que cargo e função ocupa?

2. Desde quando atua neste órgão?

3. Quais foram as principais iniciativas da secretaria dirigidas aos coletivos migrantes? Houve tempo para avaliar sua efetividade?

3. Qual o nível de interlocução entre a SMS e a CPMig?

4. Há alguma colaboração entre as atividades da SMS e os diferentes níveis de governo no que se refere aos migrantes residentes na cidade?

5. Há um relatório produzido pela CEInfo com números referentes aos migrantes extraídos das diferentes bases de dados utilizadas pela SMS. Essas informações tiveram algum impacto para a concepção de alguma política dirigida à população migrante?

6. De que maneira essas políticas estão de acordo com as políticas mais amplas dirigidas por outros órgãos de governo, ou mesmo outras políticas do âmbito municipal?

C) Versão para Funcionários / Agentes de Saúde

1. Que cargo e função ocupa?

2. Desde quando atua neste órgão?

3. Quais serviços se oferecem à população nesse órgão?

4. Qual é a percepção que possuem da proporção de migrantes que acessam os serviços?

5. Quais problemas você identifica no que se refere à saúde da população imigrante? Há diferenças de acordo com o país ou região de origem?

6. Você faria sugestões para a melhoria dos serviços oferecidos? Quais?

7. Você se recorda de algum caso emblemático de atendimento a imigrantes que ocorreu nesta instituição?

D) Versão para Representantes de ONGs

1. Que cargo e função ocupa?

2. Desde quando atua nesta organização?

3. Como atua sua organização em relação aos migrantes?

4. Vocês produzem informações sobre o trabalho que realizam junto aos migrante da cidade? Essas informações estão acessíveis?

5. Quais são os temas mais recorrentes no que concerne aos migrantes [em particular sua saúde, se convier, segundo o perfil da organização]?

6. Vocês mantêm alguma relação com o Poder Público Municipal, Estadual ou Federal? E com órgãos internacionais? E com outras ONGs?

7. Possuem conhecimento da atuação dos serviços públicos de saúde neste tema? Em caso afirmativo, como avaliam esses serviços?

8. Quais são os desafios da organização no curto e no médio prazos dentro dessa temática?

BARCELONA

A) Versión para Representantes del Ajuntament de Barcelona o de la Generalitat de Catalunya

1. ¿Qué cargo o función ocupa usted?

2. ¿Desde cuándo trabaja en ese órgano?

3. ¿Cuál es la división competencial de los órganos que se ocupan de la sanidad? Cuáles son los programas que implementa la ciudad hacia los migrantes en ese ámbito competencial? Cómo evalúa usted la implementación de las políticas municipales hacia los migrantes?

4. En sus documentos oficiales, l'Ajuntament pone de relieve su elección de una orientación "interculturalista" para las políticas de la diversidad. ¿Cómo se expresa esa orientación en la práctica?

5. ¿Qué sitio ocupa en esas políticas las cuestiones de salud pública?

6. ¿Qué relación mantiene ese órgano con los diferentes niveles de gobierno (catalán y español)? ¿Y con los órganos de la UE? Y con los actores sociales que se encargan de la materia?

7. ¿Cree usted que la ciudad tiene suficiente autonomía para la implementación de las políticas sobre la población migrante?

8. Me podría explicar el status del Decreto Ley de 2012 en Cataluña y sus consecuencias para los migrantes?

9. ¿Cuáles son los retos que posee este órgano frente al fenómeno migratorio en los próximos años?

B) Versión para Representantes del Servei Català de la Salut / Agència de Salut de Barcelona

1. ¿Cuál es el cargo o función que ocupa usted?

2. ¿Desde cuándo trabaja en esa organización?

3. ¿Hay alguna colaboración entre el servicio de salud de Cataluña y el gobierno municipal en lo que se refiere a los inmigrantes residentes en la ciudad?

4. ¿Qué relación mantiene esta institución con los órganos de sanidad del gobierno central de Madrid?

5. ¿Utilizan ustedes bases de datos en las que se identifican a los inmigrantes?¿Qué institución (nes) se encargan de su contenido? ¿Están accesibles?

6. Hay un informe sobre la salud de la población inmigrante que se publicó en 2008. ¿Se han producido actualizaciones de ese informe desde entonces?

7. ¿Hay iniciativas o políticas del Servei/Agència de Salut dirigidas especialmente hacia los migrantes? Si las hay, ¿cuáles son y por qué?

.

8. ¿De qué manera esas políticas están en (des)acuerdo con las políticas más amplias dirigidas a esa población (como por ejemplo, el Pla Barcelona Interculturalitat)?

C) Versión para Agentes de Salud / Mediador Cultural

1. ¿Cuál es el cargo o función que ocupa usted?

2. ¿Desde cuándo trabaja en esa organización?

3. ¿Qué servicios ofrece a la población?

4. ¿Cuál es la percepción que tienen de la proporción de inmigrantes que acceden a los servicios?

5. ¿Cree usted que los inmigrantes se encuentran en una situación de más vulnerabilidad a los problemas de sanidad que los catalanes o españoles?

6. ¿Qué problemas identifica usted en lo que concierne la sanidad de la población inmigrante? ¿Hay diferencias entre las distintas nacionalidades o regiones de origen?

7. ¿Sugeriría usted algo para mejorar los servicios ofrecidos?

8. ¿Se recuerda usted de algún caso emblemático en lo que se refiere a los inmigrantes que ha pasado en esta institución o del que se ha ocupado usted?

D) Versión para Representantes de ONGs

1. ¿Cuál es el cargo o función que ocupa usted?

2. ¿Desde cuándo trabaja en esa organización?

3. ¿Cómo actúa su organización respecto a los migrantes?

4. ¿Producen ustedes informaciones sobre el trabajo que realizan junto a los inmigrantes de la ciudad? ¿Están esas informaciones accesibles?

5. ¿Cuáles son los temas más recurrentes en lo que afecta la sanidad entre los migrantes?

6. ¿Mantienen ustedes alguna relación con el poder público municipal, de Cataluña o de algún órgano del gobierno central? ¿y con órganos internacionales? ¿y con otras ONGs?

7. ¿Qué percepción tienen de la actuación de los servicios públicos de sanidad en este tema, tanto del nivel de l'Ajuntament como de la Generalitat?

8. ¿Cuáles son los retos de la organización de cara a un horizonte de corto y medio plazo?

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, B.; NEVES, H.; LIRA, M. Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo. **Boletim CEInfo Análise**, São Paulo, ano X, n. 13, 2015.

AGUIAR, M.; MOTA, A. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. **Interface,** v. 18, n. 50, pp. 493-506, 2014.

AJUNTAMENT DE BARCELONA. **La població estrangera de Barcelona**, informes estadístics, Gener 2017. Disponível em:
< http://www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/inf/pobest/pobest17/pobest17.pdf >. Acesso em: 20 Jun. 2017

_____. **Pla de Treball d'Immigració 2012-2015**. Disponível em <http://www.bcn.cat/novaciutadania/arees/ca/acollida/plans.html. Acesso em out. 2014.> Acesso em 03 Out. 2014

_____. **Pla Barcelona Interculturalitat**., 2010. Disponível em <http://www.bcn.cat/novaciutadania/pdf/ca/dialeg/programes/Pla_BCN_Interculturalitat_ca.pdf.> Acesso em 03 Out. 2014

_____. **La salut de la població immigrant de Barcelona**. Disponível em: <http://www.bcn.cat/novaciutadania/pdf/ca/salut/estudis/salut_immigrants_ASPB_BCN_ca.pdf>. Acesso em: 20 Mai 2016.

_____. Carta de la Alcaldesa Ada Colau i Ballano al Presidente del Gobierno Mariano Rajoy, a 5 de septiembre de 2015. Disponível em <http://ajuntament.barcelona.cat/premsa/wp-content/uploads/2015/09/CartaRajoyCiutatRefugi_DEF.pdf> Acesso em 30.07.2017

AMRITH, Megha. Pathways to urban citizenship for low-income migrants in São Paulo. Citizenship Studies, United Nations University on Globalization, Culture and Mobility, Barcelona, 2015.

_____. Cities as Humanitarian Actors in Contexts of Displacement. Policy Report n. 04/02. United Nations University on Globalization, Culture and Mobility, Barcelona, 2017.

BAENINGER, R. São Paulo e suas migrações no final do século 20. **São Paulo em Perspectiva**, v. 19, n. 3, pp. 84-96, 2005.

BARALDI, Camila Bibiana Freitas. 2014. 151f. **Migrações internacionais, direitos humanos e cidadania sul- americana**: o prisma do Brasil e da integração sul-americana. Tese de doutorado, Instituto de Relações Internacionais, IRI-USP, São Paulo, 2014.

BOSCH, X. et al. The painful effects of the financial crisis on Spanish health care. **International Journal of Health Services**; v. 44, pp. 25-51, 2014.

BOUCHER, Manuel. Les théories de l'intégration à l'épreuve de la régulation sociale. **Vie Sociale**, n. 2, pp.23-43, 2007.

BRASIL. 1988. Constituição da República Federativa do Brasil.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980. Define a situação jurídica do estrangeiro no Brasil, cria o Conselho Nacional de Imigração. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6815.htm>. Acesso em: 15 out. 2014.

BURÓN, Andrea. 2012. 308f. Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya. Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra, 2012.

CATALUNYA. Llei 10/2010, del 7 de maig, d'acollida de les persones immigrades i de les retornades a Catalunya.

CORELLA, Ángeles Solanes. La realidad local de la inmigración. **Cuadernos Electrónicos de la Filosofía del Derecho**, n. 10, 2004.

CSDH (Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. OMS, Genebra, 2008.

ESPAÑA. Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los inmigrantes en España.

_____. Ley Orgánica 2/2009, de reforma de la LO 4/2000.

FAUSER, M. Autoridades locales e integración política en ciudades de nueva inmigración. Los casos de Madrid y Barcelona, in: Zapata-Barrero, Ricard und Gemma Pinyol (ed.). **Los gestores del proceso de inmigración. Actores y redes de actores en España y en Europa**, Barcelona: Fundació CIDOB, pp. 131-148, 2008.

FRASER, Nancy. Rethinking the public sphere: a contribution to the critique of actually existing democracy. **Social Text**, v. 25, n. 26, pp. 26-80, 1990.

FREITAS, P. T. Migrações internacionais e cidadania local: um estudo sobre a formação de um novo domínio de agência na cidade de São Paulo. In: **II Encontro Internacional Participação, Democracia e Políticas Públicas**, Unicamp, Campinas, 2015.

FREITAS, P. T. Migrações internacionais e cidadania local: um estudo sobre a formação de um novo domínio de agência na cidade de São Paulo. In: BAENINGER et al (org.). **Imigração haitiana no Brasil**. 1 ed., p. 427-450, Paco Editorial, Jundiaí, 2016.

GONZALEZ, Juan Miguel Rosa; ANEZ, Miguel Eduardo Moreno. Ascenção e queda do novo "Oásis Catalão" (1980-2010): uma perspectiva institucional da organização política da Catalunha. **Rev. Psicologia Política**, São Paulo, v. 11, n. 21, 2011.

IPPDH (Instituto de Políticas Públicas em Direitos Humanos do Mercosul). Migrantes regionais na cidade de São Paulo: direitos sociais e políticas públicas. Buenos Aires, 2017. Disponível em: <http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2017/01/Migrantes-regionales-en-San-Pablo_PT-1.pdf>. Acesso em: 02.01.2017

KEROUEDAN, Dominique. Comment la santé est devenue un enjeu géopolitique, **Le Monde Diplomatique**, pp. 16-17, Jul. 2013.

LLOP-GIRONÉS et al. Accesso a los servicios de salud de la población extranjera en España. **Revista Española de Salud Pública**, v. 88, n.6, pp. 715-734, 2014.

MARROW, H. B. Access not denied? The role American localities can play. Field Actions Science Reports, 2010. Disponível em <http://factsreports.revues.org/483>. Acesso em 03 Abr. 2017.

MARX, Vanessa. 2008. Las ciudades como actores políticos en las relaciones internacionales. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, 2008.

MÉNDEZ, E.; SAGARRA, E. Droits des étrangers et politiques en matière de protection de la santé en Catalogne. **Migrations Société**, CIEMI, vol. 23, n. 134-135, pp. 215-226, 2011.

MILANI, Carlos. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, pp. 551-579, FGV, Rio de Janeiro, 2008

MOULIN, Carolina. Eppur si muove: Mobilidade Humana, Cidadania e Globalização. **Contexto Internacional**, v. 33, n. 1, pp. 47-69, 2011.

NEWLAND, Kathleen. The governance of international migration: mechanisms, processes and institutions. Global Commission on International Migration, 2005.

NICHOLLS, W; UITERMARK, J. Migrant cities: place, power, and voice in the era o super diversity. **Journal of Ethnic and Migration Studies**, v. 42, n. 6, pp. 877-892, 2016.

NUNES, João. Security, Emancipation and the Politics of Health. Routledge, 2014.

OIM, OMS, ACNUDH – Organização Internacional para as Migrações, Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. **International migration, health and human rights**. Geneva, 2013. Disponível em: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication.pdf>. Acesso em: 25 Fev. 2016.

OIM (Organização Internacional para as Migrações). **World Migration Report 2015**: Migrants and Cities, New Partnerships to Manage Mobility, Genebra, 2015.

_____. **Fatal Journeys**, Volume 2: Identification and Tracing of Dead and Missing Migrants. Genebra, 2016.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Constitution of the World Health Organization**, 1946. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.> Acesso em: 25. Jun. 2016.

ONU (Organização das Nações Unidas). **International Migration Report 2015**, Departament of Economic and Social Affairs, Population Division, 2016. Disponível em: < http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015.pdf>. Acesso em: 20 Jan. 2017

ONU-HABITAT, OMS. **Hidden Cities**: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Genebra, 2010.

OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde). **A implantação da política municipal de saúde para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo/SP**. Inovação e Direito à Saúde na cidade de São Paulo (2013-2016), pp. 39-52, 2017. Disponível em < http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34091/OPASBRA17011-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em 08 Jun. 2017.

OPAS/OMS; SMS. **Relatório Técnico TC 92**: Fortalecimento e qualificação da atenção básica e das redes de atenção à saúde no Município de São Paulo. 2017. Disponível em: < http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=rt-tc-92-a&Itemid=965>. Acesso em: 14 Ago. 2017

PATARRA, N.; BAENINGER, R. Mobilidade espacial da população no Mercosul: metrópoles e fronteiras. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 60, pp. 83-102, 2006.

PASUCAT (Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya). **Propostes per assolir SanitatxTothom a Catalunya**, 2015. Disponível em: < https://drive.google.com/file/d/0B2opi6SzvyEKX3c1akRSVXBGelU/view>. Acesso em: 30 Set. 2016

PÉCOUD, Antoine. États-nations, mobilité et citoyenneté dans le discours international sur les migrations. **Raisons politiques**, v. 2, n. 54, pp. 67-85, 2014.

PERRUCHOUD, Richard; REDPATH-CROSS, Jillyanne, (ed.). Glossary on Migration, International Organization for Migration, 2nd. ed., Genebra, 2011.

PNUD. **Human Development Report 2009**. Overcoming Barriers: Human Mobility and Development. Nova York, 2009.

PORTHÉ et al. Changes in access to health care for immigrants in Catalonia during the economic crisis: opinions of health professionals and immigrants users. **Health Policy**, 2016.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. 3. ed. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura de São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/planomunicipaldesaudeterceiraedicao.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da 198ª Reunião Plenária Ordinária**, 13 agosto 2015, 2015a. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ATA198REUNIAOORDINARIADOPLENODOCMS130815%20.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde**. Ata da 199ª Reunião Plenária Ordinária**, 10 setembro 2015, 2015b. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ATA%20da%20199%20Reunião%20Ordinaria%20do%20CMSSP%20de%2010_09_2015_aprovada.pdf> Acesso em: 25 junho 2017.

_____. **Programação Anual de Saúde 2016**. 2. ed. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura de São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/planoanualdesaude2016.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

_____. **Programação Anual de Saúde 2017**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura de São Paulo, 2017. Disponível em: < http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Programacao%20Anual%20de%20Saude%202017.pdf>. Acesso em: 25 junho 2017.

PREFEITURA DE SÃO PAULO, OIT (Organização Internacional do Trabalho). **Coordenação de Políticas para Migrantes na cidade de São Paulo**, 2016.

PRICE, J.; SPENCER, S. City-level responses to migrant families with restricted access to welfare benefits: a European pilot study. Center on Migration, Policy and Society (COMPAS), Oxford Universiy, Oxford, 2014.

RECHEL et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. **The Lancet**, n. 381, pp. 1235-45, 2013.

REDER (Rede de Denúncia e Resistência ao RDL 16/2012). Cinco mitos para cinco años de exclusión sanitária. 2017. Disponível em: <https://reder162012.org/images/Informe2015/Abril2017/Abril2017.pdf>. Acesso em: 05 Mai. 2017.

REIS, R. R. A política do Brasil para as migrações internacionais. **Contexto Internacional**, v. 33, n. 1, pp. 47-69, 2011.

RIDGLEY, Jennifer. Cities of Refuge: Immigration enforcement, police, and the insurgent genealogies of citizenship in US sanctuary cities. **Urban Geography**, v. 29, n. 1, pp. 53-77, 2008.

RODIER, Claire. **Xénophobies Business**. À quoi servent les contrôles migratoires? Paris, La Découverte, 2012. [livro eletrônico]

SÃO PAULO COSMÓPOLIS. **Imigrantes em São Paulo**: diagnóstico do atendimento à população imigrante no município e perfil dos imigrantes usuários de serviços públicos. Deisy Ventura e Feliciano Sá Guimarães (coord.), São Paulo, IRI-USP, 2017. No prelo.

SASSEN, S. **Territory, authority, rights**: from medieval to global assemblages. 2. ed. Princeton/Oxford, Princeton University Press, 2006.

SCHULTZ, C. Migration, health and urbanization: interrelated challenges. Background Paper of the World Migration Report 2015. The Expert Council of German Foundations on Integration and Migration, Berlim, 2014.

SCHOLTEN, P.; PENNINX, R. The multilevel governance of migration and integration. In: GARCÉS-MASCAREÑAS, B.; PENNINX, R. **Integration processes and policies in Europe**. IMISCOE Research Series, 2016.

SOUZA, Beatriz. Pelos imigrantes: experiências com direitos humanos e imigração na Prefeitura de São Paulo (2013-2014). **Aracê (Direitos Humanos em Revista)**, v. 2, n. 3, 2015.

SPENCER, Sarah. **The Migration Debate**, The Policy Press, University of Bristol, 2011 [livro eletrônico]

STUCKLER, David; BASU, Sanjay. **The Body Economic**: eight experiments in economic recovery, from Iceland to Greece. Penguin, 2014 [livro eletrônico]

SUMPTION, M. Giving cities and regions a voice in immigration policy: can national policies meet local demands? Migration Policy Institute, Washington, DC, 2014.

TRUMMER, Ursula, NOVAK-ZEZULA, Sonja. Cost analysis of health care provision for irregular migrants and EU citizens without insurance. Final Report, OIM-EquiHealth, Viena, 2016.

VENTURA, D. F. L. O direito de migrar na Constituição Federal: o anacronismo brasileiro em matéria de cidadania e de mobilidade humana. In: Clèmerson Merlin Clève; Alexandre Freire. (Org.). **Direitos fundamentais e jurisdição constitucional : análise, crítica e contribuições**. 1 ed. **Revista dos Tribunais RT**, São Paulo, v. 1, pp. 319-334, 2014.

_____. Mobilidade humana e saúde global. **Revista USP**, n. 107, pp. 55-64, 2015.

WALDMAN, T. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. **Revista e Direito Sanitário**, São Paulo, v. 12, n.1, pp. 90-114, 2011.

XAVIER, I. R. 2010. 263f. Projeto migratório e espaço: os migrantes bolivianos na região metropolitana de São Paulo. Dissertação de mestrado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, 2010.

WITHOL DE WENDEN, C. **Faut-il ouvrir les frontières?,** 2ª ed., Paris, Presses de Sciences Po, 2013.

ZAPATA-BARRERO, R. Catalan autonomy-building process in immigration policy: conceptual, institutional and normative dimensions", In: A. Gagnon and M. Keating (eds.) **Political Autonomy and Divided Societies: Imagining Democratic Alternatives in Complex Settings**. Gordonsville, Virginia: Palgrave/MacMillan Table of Contents and Introduction), pp. 220-23, 2012a.

_____. La communauté politique en tant que fondement d'une théorie politique catalane de l'immigration: enjeux clés. In: Labelle, M, Couture, J., Remiggi, F.W. (eds.). **La Communauté Politique en question. Regards croisés sur l'immigration, la citoyenneté, la diversité et le pouvoir**. Québec, Presses de l'Université du Québec, 2012b.

_____. Interculturalism in the post-multicultural debate: a defence. **Comparative Migration Studies**, v. 5, n. 14, 2017.