Marcia Ernani de Aguiar

**Prática médica e imigração: o caso dos refugiados sírios na cidade de
São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. André Mota

(versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2021

Marcia Ernani de Aguiar

**Prática médica e imigração: o caso dos refugiados sírios na cidade de
São Paulo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. André Mota

(versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Aguiar, Marcia Ernani de
Prática médica e imigração : o caso dos
refugiados sírios na cidade de São Paulo / Marcia
Ernani de Aguiar. -- São Paulo, 2021.
Tese (doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientador: André Mota.

Descritores: 1.Refugiados 2.Atenção primária à
saúde 3.Prática médica 4.Migrações forçadas 5.História
da medicina 6.Tecnologia em saúde 7.Conhecimentos,
atitudes e prática em saúde

USP/FM/DBD-078/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

À minha mãe, Marlene (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Agradecer deveria, antes de tudo, ser um ato espontâneo, não uma formalidade. Para a conclusão deste trabalho vou tentar alcançar esse ideal, sobretudo reconhecendo que se faz necessário a lembrança e agradecimento às pessoas especiais e importantes que me acompanharam durante esse longo percurso.

À Melinha, pelo permanente companheirismo, pelo doce sentimento de estar junto e compartilhar, pelo apoio constante e paciência. Agradeço a disposição em escutar minhas divagações, devaneios, receios e além disso ler todo o material e fazer sugestões.

À minha família e todos os amigos que sempre estiveram comigo.

Ao Prof. Dr. André Mota, pelo privilégio de tê-lo como meu orientador, usufruindo de sua competente orientação, grande disponibilidade e pela gentileza e firmeza com que me reconduziu a caminhos mais acertados.

À banca de qualificação composta pela Profa. Dra. Maria Cristina da Costa Marques, Prof. Dr. Cassio Silveira, e Profa.Dra. Rosana Marchin

A todos os profissionais de saúde e usuários da UBS da Sé, sem os quais essa pesquisa não seria possível, pois concordaram em participar da investigação e demonstraram extrema boa vontade ao serem entrevistados.

À Lilian e Goreti, secretárias da Pós-Graduação, pela paciência com que esclareceram as minhas dúvidas burocráticas.

A todos funcionários do Museu Histórico “Prof. Carlos da Silva Lacaz” que me auxiliaram, com gentileza, em vários momentos.

Por fim, estendo minha gratidão a tantas outras pessoas que aqui não foram mencionadas, mas certamente contribuíram para que esse trabalho fosse concluído.

Muito obrigada a todos!

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campo Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com Lista of Journal Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE MAPAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FOTOS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

SUMMARY

INTRODUÇÃO..... 1

MÉTODOLOGIA..... 5

PARTE I _

REFÚGIO _ UMA VISÃO PANORÂMICA

CAPÍTULO 1

O refúgio no mundo e no Brasil..... 12

1.1 O refúgio no mundo..... 12

1.1.1 A Convenção de 1951 e o Protocolo de 1967..... 16

1.1.2 Ampliações regionais da definição de refugiado: África e América Latina..... 19

1.1.3 O mundo após a Guerra Fria..... 20

1.1.4 Entre a desterritorialização e a reterritorialização..... 27

1.2 O refúgio no Brasil..... 29

1.2.1 Estatuto dos Refugiados 33

1.2.2 Comitê Nacional para Refugiados_CONARE..... 34

1.2.3 Processo de solicitação de Refúgio 36

1.2.4 “Desnaturalizando” a receptividade nacional ao refugiado..... 39

1.2.5 O cenário atual de refugiados no Brasil.....	41
1.2.6 Distribuição por estado e cidade e perfil socioeconômico e demográfico.....	48
CAPÍTULO 2	
A cidade de São Paulo: dos imigrantes subsidiados aos refugiados.....	52
2.1 Campanhas e polícia sanitária para sanear a cidade e os imigrantes.....	52
2.2 A política anti-imigrantista e a educação sanitária.....	57
2.3 Imigrantes judeus na cidade de São Paulo.....	59
2.4 Unidade Básica de Saúde tradicional e os imigrantes	62
2.5 Estratégia Saúde da Família e os imigrantes na cidade de São Paulo.....	64
2.6 Estratégia Saúde da Família e os refugiados na cidade de São Paulo.....	68
PARTE II	
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE GLOBAL DOS REFUGIADOS: CAMINHOS DE SUA HISTORICIDADE	
CAPÍTULO 3	
Antes, durante e depois de Alma-Ata _ permanências e rupturas.....	73
3.1 Da medicina tropical à saúde internacional.....	77
3.1.1 Da medicina nos trópicos à medicina tropical.....	77
3.1.2 Saúde pública transnacional _entre a segurança sanitária e os interesses comerciais.....	86
3.1.3 Entre a medicina social e a ilusão de “pílulas mágicas” _ o caso da Conferência de Bandoeng.....	95
3.2 Inflexões na saúde internacional até Alma-Ata.....	104
3.2.1 Refugiados _ um assunto político e humanitário.....	104
3.2.2 Entre o início da Guerra Fria e Nova Ordem Econômica Mundial.....	113
3.2.3 Atenção Primária antes de Alma-Ata.....	117
3.2.4 Atenção Primária à Saúde _ 1978 _edição especial e única.....	121

3.2.5 A Reformulação Neoliberal da Atenção Primária à Saúde.....	127
3.2.6 Saúde Global _a versão neoliberal da saúde internacional.....	136
CAPÍTULO 4	
A saúde dos refugiados sob a lente dos dispositivos tecnológicos da Atenção Primária à Saúde.....	148
4.1 Algumas reflexões sobre a década de 1970.....	148
4.2 Dispositivos tecnológicos da Atenção Primária à Saúde e os refugiados.....	156
4.2.1 Refugiado como trabalhador em saúde comunitária	157
4.2.2 A Atenção Primária à Saúde em campos de refugiados.....	163
4.2.2.1 Campo de Refugiados, “Comunidades” tratáveis pela Atenção Primária à Saúde..	168
4.2.3 Rastreando a saúde dos refugiados.....	171
PARTE III	
O CASO DOS REFUGIADOS SÍRIOS E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO	
CAPÍTULO 5	
Da Grande Síria a República Árabe Síria em Guerra Civil.....	187
5.1 Principais marcos da formação histórico-territorial da Síria.....	194
5.1.1 A Grande Síria sob domínio do Império Otomano.....	194
5.1.2 A colonização francesa na Síria.....	201
5.2 Da independência ao início do governo de Hafez al-Assad.....	205
5.3 Do governo de Bashar al-Assad ao início da Guerra Civil.....	209
CAPÍTULO 6	
Os refugiados sírios e Atenção Primária à Saúde na cidade de São Paulo.....	218
6.1 A circuncisão masculina e a Atenção Primária à Saúde- um caso complexo.....	218
6.2 Precarização do trabalho e Atenção Primária frágil fazem mal à saúde.....	233

6.3 Entre o sofrimento mental e a resiliência.....	242
6.4 A velha dificuldade de comunicação.....	253
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	266
REFERÊNCIAS.....	274
ANEXOS	
Anexo A _ Roteiro da entrevista com usuários refugiados sírios.....	354
Anexo B _ Roteiro da entrevista com médicos.....	356
Anexo C _ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	358
Anexo D _ Aprovação do Comitê de Ética da CaPPesq	359
Anexo E _ Aprovação do Comitê de Ética da SMS/SP	362

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
ANUAR	Administração das Nações Unidas para Auxílio e Reabilitação
AVIM	Associação de Voluntários para a Integração do Migrante
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CARJ	Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro
CASP	Cáritas Arquidiocesana de São Paulo
CICV	Comitê Internacional da Cruz Vermelha
CNIg	Conselho Nacional de Imigração
CPDOC-FGV	Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – Fundação Getúlio Vargas
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CONARE	Comitê Nacional para Refugiados
CONASP	Conselho Nacional de Saúde Previdenciária
CRAI	Centro de Referência e Acolhida para Imigrantes
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EqSF	Equipe de Saúde da Família

ESF	Estratégia Saúde da Família
FCB	Facilitador Cultural Bilingue
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GPs	General Practitioners
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IRO	Organização Internacional para Refugiados
LNHO	League of Nations Health Organization
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
ONU	Organização das Nações Unidas
NOB	Norma Operacional Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Plano de Assistência Médica
PCMF	Programa Consultório Médico de Família
PAMT	Programa de Assistência Médica Transcultural

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano de Pronta Ação
PSF	Programa Saúde da Família
QUALIS	Qualidade Integral em Saúde
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
RNE	Registro Nacional de Estrangeiro
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEAD	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAIDS	The Joint United Nations Programme in HIV/AIDS
UNIBES	União Brasileira Israelita do Bem-Estar Social
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UNHCR	UN Refugee Agency
UNRWA	United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East
USAID	United States Agency International Development
USF	Unidade Saúde da Família
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

LISTA DE FOTOS

Foto1	Guarda costeira italiana abordando refugiados	13
Foto 2	Documento Provisório do Refugiado.....	37
Foto 3	Desinfectório Central- 1910.....	55
Foto 4	Visitadora Sanitária	61
Foto 5	Turistas na orla de Lampedusa e ao fundo o navio Open Arms	75
Foto 6	Navio da ONG espanhola Proactiva Open Arms	76
Foto 7	Médico colonial inglês coletando amostra de sangue de um indivíduo que sofre de doença do sono (Comissão da Sociedade Londrina contra a Doença do Sono de Uganda,1902)	79
Foto 8	Cena do filme “O Imigrante” (Charles Chaplin, 1917)	94
Foto 9	Centro de Detenção em Nauru, utilizado para refugiados que tentaram entrar na Austrália_ 2017	95
Foto 10	Irmã da Congregação das Irmãs de Caridade de Jesus e Maria distribui alimentos para crianças assistidas pelo ANUAR (Bélgica, 1946)	106
Foto 11	Êxodo de Refugiados Palestinos, 1948	111
Foto 12	Funcionária da Agência das Nações Unidas para Refugiados orientando refugiada palestina sobre alimentação infantil	112
Foto 13	Líderes afro-asiáticos na Conferência de Bandung, 195	117
Foto 14	Halfdan T. Mahler, tendo ao seu lado direito o senador americano Edward Kennedy durante a Conferência de Alma-Ata	125
Foto 15	Uma rua no Campo de Refugiados de Ubon	159
Foto 16	Centro de detenção de menores migrantes em Rio Grande, no Texas (EUA), onde crianças ficam em jaulas	171

Foto 17	Médico da Organização Internacional para Migração realizando rastreamento em refugiados em processo de reassentamento	179
Foto 18	Corpo de criança de 3 anos foi encontrado afogado em uma praia na Turquia	187
Foto 19	Aspecto da cidade Homs, antes (2011) e depois da guerra (2014).	190
Foto 20	Primavera Árabe na Síria_ manifestações contra o governo de Bashar	215
Foto 21	Circuncisão Masculina pela Tradição Judaica	221
Foto 22	Circuncisão Masculina pela Tradição Muçulmana	222
Foto 23	Homem submetendo-se ao Programa de Circuncisão Médica Voluntária - Uganda	226
Foto 24	Família síria deixa mesquita em São Paulo; com crise, refugiados trocam Brasil por Guiana Francesa	244
Foto 25	Civis Fugindo do bairro de Qady-Askar, na região Leste de Aleppo	244

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Evolução do número de refugiados no mundo-1951-2015	22
Figura 2	Evolução no número de deslocamentos forçados entre 2010 e 2019	25
Figura 3	Manchete do jornal “Folha de São Paulo”	47
Figura 4	Distância percorrida pelo navio Open Arms em dezenove dias de viagem	74
Figura 5	Propaganda de sabão usa o tema do "Fardo do Homem Branco" para encorajar pessoas brancas a ensinar noções de higiene a membros de outras raças - 1899	83
Figura 6	Anúncio em Jornal Missionário Médico britânico solicitando doações para um hospital missionários no Congo -1909	84

Figura 7	Movimentos Migratórios do século XVI ao início do século XX	86
Figura 8	A Grande Migração Transatlântica do século XIX	87
Figura 9	Capa da Revista Contact	120
Figura 10	Crítica política de rehidratação oral	131
Figura 11	Fluxo da assistência ao desenvolvimento da saúde, 2000–13	143
Figura 12	Assistência ao desenvolvimento da saúde por fonte - 1990-2015	145
Figura 13	Crítica aos exames periódicos de saúde	174
Figura 14	Acordo de Sykes-Picot	201
Figura 15	Charge do Artista Sírio Firzät Publicada na Década de 1970	209
Figura 16	Manchete sobre proibição de circuncisão religiosa na Islândia	229
Figura 17	Logo do Relatório da OMS sobre Mediadores Culturais Refugiados	261

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Refugiados reconhecidos no Brasil (2007-2018)	42
Gráfico 2	Solicitações de reconhecimento da condição de refugiado (2010 -2018*)	43
Gráfico 3	Pessoas refugiadas reconhecidas no Brasil, por nacionalidade (2011-2018)	44

Gráfico 4	Países de origem dos solicitantes de refúgio em 2018	45
Gráfico 5	Distribuição dos refugiados por estados de residência	49
Gráfico 6	Evolução das contribuições fixas (abaixo) e voluntárias (acima) de 1998- 2013 (em milhões de US\$)	134
Gráfico 8	Fonte de Financiamento para desenvolvimento da assistência para saúde – 1990-2007	138
Gráfico 9	Aumento da ajuda financeira para desenvolvimento da Assistência para Saúde – 1990-2007	139
Gráfico 10	Evolução no número de refugiados por país de origem- 2010-2019	192
Gráfico 11	Distribuição das publicações por ano	243

LISTA DE MAPAS

Mapa 1	Solicitação da condição de refugiado por estado – 2018	49
Mapa 2	Distribuição dos refugiados na cidade de São Paulo - 2018	51
Mapa 3	Distribuição dos Refugiados em Campos há mais de dois anos	168
Mapa 4	Distribuição dos refugiados sírios por país de destino- 2020	189
Mapa 5	A Grande Síria do Império Otomano- Século XVI	195
Mapa 6	“Grande Síria” _ Mandato Francês- 1920	203
Mapa 7	Países Envolvidos na Primavera Árabe	213
Mapa 8	Mapa global de Prevalência da Circuncisão Masculina, em dezembro de 2006.	220

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Entrevistas realizadas com médicos	9
Tabela 2	Entrevistas realizadas com usuários refugiados sírios	10
Tabela 3	Distribuição por nacionalidade de imigrantes no porto de Santos, 1882 - 1891	54
Tabela 4	Crescimento de longo prazo do PIB real per capita (baseado em médias anuais)	132
Tabela 5	Síntese dos critérios de triagem emergentes propostos durante nos últimos 40 anos	181
Tabela 6	Distribuição da População Síria- 2012	191
Tabela 7	Alguns Indicadores de Saúde na Síria em 1939, 1963, 1983, 1993	207

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Panorama mundial e nacional de refugiados	41
----------	---	----

RESUMO

Aguiar ME. *Prática médica e imigração: o caso dos refugiados sírios na cidade de São Paulo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

A Migração Internacional é atualmente considerada um grande desafio global. No final de 2019, segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, 79,5 milhões de pessoas se encontravam em situação de deslocamento forçado em todo o mundo. Entre estes, havia 26,0 milhões de refugiados, sendo 6,6 milhões deles provenientes da República Árabe Síria. Este país encontra-se em guerra civil desde 2011, vivendo a maior crise humanitária mundial. O Brasil está longe de ser o principal destino dos refugiados sírios, porém estes constituem o principal grupo presente no país, instalados sobretudo na cidade de São Paulo. O tema da saúde dos refugiados é uma questão bastante relevante, sendo a Atenção Primária à Saúde uma estratégia e um lugar privilegiado para o cuidado da saúde destas pessoas. Ao alcançarem as cidades de países, em sua grande maioria, em desenvolvimento, se deparam com realidades diversas sob vários aspectos, desde culturais até com relação ao modo como se organiza o sistema de saúde local, e sobretudo a qual cardápio de serviços poderá ter acesso. Para os serviços de Atenção Primária, também é um grande desafio atender as demandas e necessidades de saúde desses usuários, exigindo plasticidade, e sobretudo do médico, o desenvolvimento de competência cultural. No caso do Brasil, a Estratégia da Saúde da Família é o principal dispositivo reorganizador do modelo tecnoassistencial no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar a interação entre os refugiados sírios e uma unidade básica de saúde que funciona sob a lógica da Estratégia Saúde da Família, localizada na região central da cidade de São Paulo. Em especial, interessa-nos analisar a percepção dos médicos das Equipes de Saúde da Família e desses usuários, a partir de suas demandas e necessidades de saúde. Trata-se de uma pesquisa de referencial qualitativo, que utilizou a técnica de entrevistas semiestruturadas com refugiados sírios e médicos. Para a análise das entrevistas, utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo, considerando as conjunturas, as razões e as lógicas, bem como as ações e as inter-relações estabelecidas com o coletivo e as instituições. Os resultados exibem as particularidades da relação deste grupo de refugiados com o sistema de saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde. Podemos reconhecer a permanência das dificuldades comunicacionais, e tentativas de solucioná-las. Os impactos sobre a saúde desses indivíduos decorrentes da exposição à precariedade das condições de trabalho, podem ser identificadas. A saúde mental dos refugiados sírios é desafiada em todos os momentos do processo migratório, que tem ponto de partida, porém o destino é incerto. Este tensionamento se expressa em manifestações clínicas, mas também em manifestações de resiliência. Durante o atendimento médico aos refugiados sírios identificamos demandas que tem suas raízes em racionalidades religiosas e culturas, e que exigem destes profissionais o desenvolvimento da capacidade de manejá-las sem juízo de valor, e a necessidade de articular-se com outros recursos existentes nas comunidades.

Descritores: Refugiados; Atenção primária à saúde; Prática médica; Migrações forçadas; História da medicina; Tecnologia em saúde; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

SUMMARY

Aguilar ME. *Medical practice and immigration: the case of Syrian refugees in the city of São Paulo* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2021.

International migration is currently considered a major global challenge. At the end of 2019, according to the United Nations High Commissioner for Refugees, 79.5 million people were displaced worldwide. Among these, there were 26.0 million refugees, 6.6 million of whom came from the Syrian Arab Republic. This country has been in civil war since 2011, experiencing the biggest humanitarian crisis in the world. Brazil is far from being the main destination for Syrian refugees, but they are the main group present in the country, installed mainly in the city of São Paulo. The issue of refugee health is a very relevant issue, with Primary Health Care being a strategy and a privileged place for the health care of these people. When reaching the cities of countries, most of which are in development, they face different realities in various aspects, from cultural to the way in which the local health system is organized, and above all to which the menu of services may have access. For Primary Care services, it is also a great challenge to meet the health demands and needs of these users, requiring plasticity, and above all from the doctor, the development of cultural competence. In the case of Brazil, the Family Health Strategy is the main reorganizing device of the techno-assistance model in the context of Primary Health Care. Thus, the objective of this work is to analyze the interaction between Syrian refugees and a basic health unit that works under the logic of the Family Health Strategy, located in the central region of the city of São Paulo. In particular, we are interested in analyzing the perception of doctors from the Family Health Teams and these users, based on their health demands and needs. It is a qualitative reference research, which used the technique of semi-structured interviews with Syrian refugees and doctors. For the analysis of the interviews, the thematic content analysis technique was used, considering the circumstances, the reasons and the logics, as well as the actions and the interrelations established with the collective and the institutions. The results show the particularities of the relationship of this group of refugees with the health system, especially with Primary Health Care. We can recognize the permanence of communication difficulties, and attempts to solve them. The impacts on the health of these individuals resulting from exposure to precarious working conditions can be identified. The mental health of Syrian refugees is challenged at all times during the migration process, which has a starting point, but the destiny is uncertain. This tension is expressed in clinical manifestations, but also in manifestations of resilience. During medical care for Syrian refugees, we identified demands that have their roots in religious rationalities and cultures, and that demand from these professionals the development of the capacity to manage them without judgment, and the need to articulate with other resources existing in the communities.

Descriptors: Refugees; Primary health care; Medical practice; Forced migration; History of medicine; Health technology; Health knowledge, attitudes and practice.

INTRODUÇÃO

Dúvidas e inquietações motivam o processo de investigação de um tema, gerando a formulação de questões e instigando a melhor conhecer um dado objeto. Portanto, as escolhas não estão sustentadas por uma neutralidade. O recorte de uma determinada realidade a ser investigada está impregnado de explícitas implicações do sujeito que pretende conhecer, de suas concepções, de seus valores e de sua ideologia. Por isso, faz-se necessário explicar as inquietações que me impulsionaram a realizar esta pesquisa.

Por sete anos atuei como médica de família e comunidade na Unidade Básica de Saúde localizada no Bom Retiro, que funcionava sob a lógica da Estratégia Saúde Família. Tive contato com a heterogênea e peculiar realidade do bairro do Bom Retiro, localizado em pleno seio da capital paulista, e que recebeu ao longo de sua história, contingentes de imigrantes com características culturais bastante diferenciadas, constituindo um microcosmo social.

Em 2013, concluí minha dissertação de mestrado: "Tecnologias e cuidado em saúde: a Estratégia Saúde da família (ESF) e o caso dos imigrantes bolivianos e coreanos no bairro do Bom Retiro - SP", que tratou da relação entre os imigrantes coreanos e bolivianos residentes no Bom Retiro e os profissionais de um serviço de Atenção Primária à Saúde, funcionando sob a lógica da ESF.

Esse trabalho permitiu um reconhecimento da região central da cidade de São Paulo, historicamente marcada pela circulação de diversos grupos étnico-raciais, e da necessidade de que os serviços de saúde, sobretudo os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), se apropriem das particularidades desse território e da diversidade de usuários, propondo cuidados à saúde mais adequados as suas necessidades. Por outro lado, foi possível reconhecer que numa perspectiva histórica, os modelos de organização tecnológica dos serviços de saúde no caso de São Paulo, até um certo momento seguindo interesses locais, e posteriormente inseridos numa política de saúde nacional, foram se modificando a partir de políticas internas e externas, nem sempre correspondendo às necessidades locais.

Dando continuidade ao meu interesse pela cidade de São Paulo, sobretudo sua região central, enquanto unidade de análise, e a interface dos serviços de APS e os imigrantes, identifiquei a presença de refugiados sírios nessa região, os quais já utilizavam as Unidades de Saúde locais. Um reflexo do cenário mundial de intensificação do movimento migratório internacional forçado, que segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), em final de 2019, atingia 79,5 milhões de pessoas (ACNUR, 2020). Esse total inclui 29,6 milhões de pessoas reconhecidas como refugiadas e deslocadas fora do seu país de origem. Entre os refugiados, a grande maioria é procedente da Síria, em Guerra Civil desde 2011. Embora o Brasil não esteja entre seus principais destinos, eles predominam entre os refugiados reconhecidos no país, instalados sobretudo na cidade de São Paulo (CONARE, 2020).

Buscando identificar a produção acadêmica relacionada com a temática do refugiado e saúde, com especial atenção na sua interface com a APS, realizei um levantamento bibliográfico que revelou uma relativa escassez de trabalhos sobre o assunto produzidos no campo da Saúde Coletiva. O que, juntamente com a relevância e atualidade do tema, justifica a realização desse estudo.

Nessa perspectiva, essa tese estuda as interfaces entre a APS e as pessoas em situação de refúgio, tanto sob uma perspectiva histórica na longa duração, quanto no tempo presente. Para potencializar a compreensão de várias questões levantadas pelo material empírico resultante da pesquisa, pautado no estudo de caso a respeito da interação entre usuários sírios em situação de refúgio e os médicos de uma Unidade Básica de Saúde que funciona sob a lógica da Estratégia Saúde da Família, localizada na região central da cidade de São Paulo, associamos um olhar para o passado, entendendo que a história ampliará a análise da relação entre os refugiados e a APS.

Discutiremos a polissemia assumida pelo conceito de APS, assim como as suas inflexões ao longo do tempo, buscando pistas de sua aproximação junto as pessoas em situação de refúgio em contextos e momentos diversos. Além disso, será importante reconhecer as circunstâncias intra e extra institucionais que possibilitaram que a OMS propusesse, em 1978, que a implantação de sistemas nacionais inspirados na lógica da APS deveria ser uma prioridade, assim como os múltiplos fatores que resultaram em posteriores inflexões nessa proposta. Nesse caso, tomando a APS como uma política de

No que se refere aos refugiados, nos importa reconhecer o processo de institucionalização desse conceito, relacionando-o com os contextos geopolíticos e econômicos subjacentes ao crescente número de deslocados forçados, sobretudo, a partir da Segunda Guerra Mundial. Ao mesmo tempo, será importante vislumbrar as organizações internacionais criadas para prestar proteção e assistência aos refugiados, principalmente o Alto Comissariado das Nações Unidas (ACNUR), sublinhando as mudanças ocorridas na sua política institucional ao longo do tempo. Nesse percurso, buscaremos pistas de aproximações da APS junto as pessoas em situação de refúgio em diversos contextos e momentos.

Em relação a interação entre os médicos das Equipes de Saúde da Família e os usuários refugiados sírios, recorreremos a uma abordagem qualitativa, realizando entrevistas semiestruturadas, conduzidas com base em um roteiro norteador. Na entrevista com o médico buscamos: identificar sua percepção com relação as demandas e necessidades de cuidado desses usuários, e sua relação com questões culturais, e a própria condição de refugiado; particularidades e dificuldades enfrentadas no dia a dia desses atendimentos, e possíveis estratégias utilizadas para enfrentá-las; grau de conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde na Síria; e se há atividades especificamente desenvolvidas para esses usuários

Quanto ao usuário sírio objetivamos: reconhecer os principais adoecimento que experimentava em seu país de origem, e como cuidava de sua saúde, sobretudo na relação com o sistema de saúde local; reconhecer adoecimento que tem resultado das situações vividas antes e durante o processo migratório; depois que chegou a cidade de São Paulo, quais suas principais demandas e necessidades de saúde, e como cuida de sua saúde atualmente; sua percepção quanto a relação entre alguma adoecimento e situações vividas em seu dia a dia; com relação a Unidade de Saúde, como a utiliza para atender suas necessidades, quais as dificuldades enfrentadas nessa relação, e como busca resolvê-las; e se participa de alguma atividade específica na Unidade.

Desse modo, a presente tese foi estruturada em três partes. Na primeira parte, temos um primeiro capítulo, no qual faremos uma descrição panorâmica sobre o refúgio no mundo e no Brasil. Enquanto no segundo capítulo, trataremos sobre os diferentes

modelos de organização tecnológica dos serviços de saúde na cidade de São Paulo, em interação com a presença de imigrantes e refugiados na cidade.

Na segunda parte, temos o terceiro capítulo, no qual abordaremos sob uma perspectiva histórica, as inflexões na Saúde Internacional, antes e depois da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, em 1978. Assim como, a respeito da reformulação neoliberal da APS, que se tornou hegemônica a partir da década de 1980, até a passagem do conceito de Saúde Internacional para o de Saúde Global. A pretensão de discorrer a respeito da aproximação entre dispositivos tecnológicos da APS e a saúde dos refugiados está reservada para o quarto capítulo.

Por fim, a terceira parte desse trabalho tomará como seu objeto os refugiados sírios e a APS na cidade de São Paulo. Esta discussão está organizada, inicialmente, no quinto capítulo, onde discorreremos sobre a formação histórico-territorial da Síria, até a eclosão da Guerra Civil, que se mantém até os dias de hoje. Enquanto no sexto e último capítulo, apresentaremos reflexões a respeito de quatro situações desafiadoras, identificadas a partir da análise do material empírico obtidos através das entrevistas semiestruturadas com os sírios e os médicos da Unidade de APS local.

MÉTODOLOGIA

Este estudo fundamentou-se no método qualitativo, por possibilitar uma aproximação essencial entre o sujeito e o objeto, permitindo a melhor exploração da subjetividade como objeto de conhecimento (Schraiber, 1995; Minayo, Sanches, 1993). Portanto, a subjetividade não será conceituada como um lugar inacessível ao pensamento e à ação, mas formada pelas relações estabelecidas por cada homem com suas partes e sua totalidade, mediadas por “desejos, afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividade e trabalho” (Mendes-Gonçalves, 1992, p.28).

A abordagem qualitativa tem, segundo Nogueira-Martins e Bógus (2004, p.48), interesse no peculiar, visando uma compreensão particular do fenômeno investigado. Portanto, essa abordagem se aplica a essa pesquisa, onde objetivou-se a compreensão do modo como refugiados sírios expressam suas necessidades de cuidado e como os profissionais integrantes de equipes de Saúde da Família as toma.

Com relação à técnica para a coleta do material empírico a ser trabalhado, optamos pelo uso de entrevistas semiestruturadas, conduzidas a partir de um roteiro preestabelecido diante dos objetivos do estudo, preservando a possibilidade de adição de novas questões e exploração de novas questões e exploração de novos conteúdos que emergissem no ato da entrevista.

O roteiro das entrevistas semiestruturadas para usuários sírios em situação de refúgio está dividida nos seguintes blocos temáticos: Informações gerais; Necessidades de Saúde e Demandas; e Tecnologia em Saúde e Cuidado (Anexo A). Enquanto o roteiro das entrevistas semiestruturadas para os médicos foi dividida nos seguintes blocos temáticos: Informações gerais; Necessidades de Saúde e Demandas; e Tecnologia em Saúde e Cuidado (Anexo B).

Todas as entrevistas foram gravadas após prévio consentimento dos participantes, a partir da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, e transcritas com o intuito de manter a integralidade das narrativas. O termo de consentimento livre e

esclarecido foi preparado em português, árabe, de modo a garantir a compreensão do texto.

Com relação as transcrições das entrevistas com os refugiados sírios, cabe assinalar que além da habitual edição visando aliviar o texto de certos desdobramentos parasitas, de redundâncias verbais ou de tiques de linguagem (os “bom”, “né”), que pode torná-lo completamente ilegível para quem não ouviu o discurso original, foi também realizada a tradução para o português de algumas expressões em inglês e árabe. Concernente a essa questão, Bourdieu (2011) comenta:

O processo verbal do discurso recolhidos que o autor da transcrição produz está submetido a dois conjuntos de obrigações frequentemente difíceis de conciliar: as obrigações de fidelidade a tudo que se manifesta durante, e que não se reduz ao que é realmente registrado na fita magnética, levariam a tentar restituir ao discurso tudo que lhe foi tirado pela transcrição para o escrito e pelos recursos ordinários da pontuação, muitos fracos e pobres, e que fazem, muito amiúde, todo o seu sentido e o seu interesse; mas as leis da legibilidade que se definem em relação com destinatários potenciais com expectativas e competências muito diversas impedem a publicação de uma transcrição fonética acompanhada das notas necessárias para restituir tudo que foi perdido na passagem do oral para o escrito, isto é, a voz, a pronúncia (principalmente em suas variações socialmente significativas), a entonação, o ritmo (cada entrevista tem seu tempo particular que não é o da leitura), a linguagem dos gestos da mímica e de toda a postura corporal, etc. (Bourdieu, 2011, p.709).

No que se refere ao processo de análise dos depoimentos coletados, utilizamos o método de análise de conteúdo temático, o qual gerou núcleos temáticos, que foram analisadas com base nas categorias de análise formuladas no quadro teórico-conceitual. Esse tipo de análise busca compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo do texto e permite tanto aprofundar os temas propostos pelo roteiro das entrevistas, quanto identificar temas emergentes (Schraiber, 1995; Caregnato, Mutti, 2006; Minayo, 2006). Ainda com relação a essa técnica, Minayo e Sanches (1993, p.246) assinalam a importância de que uma análise qualitativa completa recorra a um quadro referencial para interpretar o conteúdo dos discursos ou fala cotidiana, ultrapassando assim a mensagem manifesta e capturando os significados latentes. Para tal utilizou-se a interpretação de sentido, a qual considera as conjunturas, as razões e as lógicas de fala, bem como as ações e inter-relações estabelecidas com o coletivo e instituições. A interpretação dos sentidos se baseia em uma perspectiva socioantropológica, tendo como foco o fenômeno cultural (Gomes et al., 2005, p.203-204), tomando como base o conceito de cultura de Geertz (2012, p.4), que concebe o ser humano como “um animal amarrado a teias de significados

que ele mesmo teceu”, e a cultura são essas intrincadas teias e a sua interpretação pelos que a vivem e ao mesmo tempo produzem estruturas de significados socialmente estabelecidos. A interpretação seria, portanto, a compreensão dessas estruturas, dentro de sua base social e material.

Para a análise interpretativa percorremos as seguintes etapas:

- ❖ Leitura individual de cada entrevista produzida, seguindo o critério de impregnação (Schraiber, 1995; Minayo, 2006), em que se lê o material empírico de modo a apreender o pensamento de cada sujeito em seu todo, e capturar as particularidades do material de pesquisa;
- ❖ Identificação e o recorte dos temas emergentes;
- ❖ Identificação e problematização das ideias implícitas e explícitas nos depoimentos;
- ❖ Ampliação dos sentidos (socioculturais) expressos nas falas dos participantes;
- ❖ Promoção do diálogo entre as ideias problematizadas, dados oriundos de estudos semelhantes a referenciais teórico-conceituais da pesquisa;
- ❖ Composição de síntese interpretativa, relacionando o objetivo do estudo, fundamentação teórica adotada e dados empíricos;

Em relação ao campo de estudo, o lócus da pesquisa foi a região central da cidade de São Paulo, no território do distrito da Sé, no bairro da Sé. Neste local temos a Unidade Básica de Saúde da Sé, que pertencem a Coordenadoria Regional de Saúde Centro (Secretaria Municipal de Saúde). Nessa Unidade temos 7 Equipes de Saúde da Família e 2 equipes de Consultório na Rua¹, com um total de 15.343 indivíduos cadastrados na UBS Sé. A escolha dessa Unidade, se deve ao fato dessa região da cidade ter uma concentração expressiva de refugiados.

No que se refere aos participantes, nos casos dos usuários refugiados, optamos por definir os seguintes países de origem: Síria. Esta definição se baseia, em parte nos dados de literatura, estando estas nacionalidades entre as cinco principais entre os refugiados no Brasil, e em informações prévias junto a essas Unidades, que também identificam esses grupos presentes no território. Para a definição dos usuários, utilizamos a seleção tipo “bola de neve” (snowball), na qual um participante indica outro e assim por diante. Entre

¹ O Consultório na Rua foi instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visa ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional (BRASIL, 2011).

os profissionais médicos, iniciei a entrevista em ordem decrescente de tempo de atuação no serviço. A respeito do tamanho da amostra, o número final de entrevista não foi estipulado a priori, na medida em que os principais critérios usados para determinar se as entrevistas realizadas são suficientes para a investigação de um determinado assunto é a saturação da informação. A saturação ocorre quando, após um certo número de entrevistas, o entrevistador começa a ouvir, de novos entrevistados, relatos muito semelhantes àqueles que já ouviu, havendo uma rarefação de informações novas (Fontanella et al, 2008).

Com relação a coleta de informações, seguimos algumas etapas. Primeiramente, conversei com o gerente da Unidade Básica de Saúde da Sé sobre o projeto e as atividades que se seguiriam. Além disso, participei de uma reunião técnica, onde estavam presentes todos os médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família, também para explicar o projeto. Na sequência iniciei o agendamento das entrevistas com os médicos, e a participação de todas as reuniões de equipe para conversar com os Agentes Comunitários de Saúde, que seriam peça chave para encontrar os refugiados sírios usuários no território.

Todas as entrevistas com os médicos foram realizadas na própria Unidade. As entrevistas com os usuários foram realizadas em na residência. Os primeiros sírios entrevistados foram indicados pelos Agentes Comunitários de Saúde que tinham maior concentração desses usuários em suas microáreas. Posteriormente, os próprios imigrantes indicavam os próximos entrevistados. A pesquisadora estabelecia contato pessoal com os mesmos em suas moradias. Nessa circunstância, era feito o convite para a participação no estudo após apresentar a proposta da pesquisa de forma simples e de fácil compreensão. Se houvesse a concordância m participar, realizava a entrevista de acordo com a disponibilidade e conveniência do entrevistado.

Por fim, foram realizadas 12 entrevistas: sete médicos e cinco famílias sírias. As entrevistas foram gravadas e transcritas, e tiveram média de duração de 39 minutos nos casos dos médicos, e 41 minutos com os usuários sírios. Os participantes formam identificados com nomes fictícios, mantendo-se seu anonimato.

Por tratar-se de uma metodologia qualitativas, não há uma definição prévia do número de entrevistas, de modo que após transcrição do material e leitura exaustiva,

poderei identificar se ocorreu a saturação, ou se necessitarei realizar novas entrevistas. Abaixo, temos a discriminação de todas as entrevistas realizadas.

Tabela 1 - Entrevistas realizadas com médicos

Nome fictício	Idade	Data da	Duração da entrevista (min)	Tempo de trabalho na UBS
Joana	40 anos	17/11/2017	38:10	9 anos
Wilson	40 anos	24/11/2017	51:00	7 anos
Miriam	71 anos	01/12/2017	46:12	6 anos
Felipe	29 anos	01/12/2017	22:38	8 meses
Mario	25 anos	08/12/2017	37:49	7 meses
Pedro	35 anos	08/12/2017	45:12	1 ano e 3 meses
Maria	33 anos	26/04/2018	32:00	1 ano e 1 mês

Tabela 2 - Entrevistas realizadas com usuários refugiados sírios

Nome fictício	Idade	Data	Duração (min)	Tempo de moradia no bairro
Família da Kezia Taim (pai) Rozana (mãe) 2 irmãos	15 anos 60 anos 52 anos 19 e 20 anos	17/01/2018	41:09	2 anos
Família de Asmaa Esposo 5 filhos	33 anos 26 anos 11, 9, 5, 2 anos RN _ 2 meses	17/01/2018	24:47	2 anos
Família de Aisha: Lifa (filha)	45 anos 12 anos	01/12/2017	18:31	3 anos
Família de Nawaf Lamia (esposa) filha	32 anos 25 anos 5 meses	01/12/2017	33:39	4 anos
Família de Layla Ibrahim (esposo) 3 filhos	29 anos 33 anos 6, 4 e 1 anos	08/12/2017	80:38	4 anos

PARTE I

REFÚGIO – UMA VISÃO PANORÂMICA

CAPÍTULO 1

O REFÚGIO NO MUNDO E NO BRASIL

1.1 O refúgio no mundo

No âmbito das migrações internacionais², o tema do refúgio tem ganhado contornos cada vez mais dramáticos, estando constantemente nos meios de comunicação, quase sempre de forma alarmista e evocando alguma situação crítica ou mesmo desesperadora (Oliveira, 2017). Com a persistência ou agravamento de conflitos armados, assistimos a milhões de pessoas sendo obrigadas a abandonar seu próprio domicílio e cruzar as fronteiras nacionais de seus países em busca de refúgio e proteção. Esse contingente de pessoas levadas ao deslocamento forçado é composto por uma maioria de menores de 18 (41%), muitas vezes desacompanhados, portanto, extremamente vulneráveis (ACNUR, 2019).

Desse modo, assistimos a um espetáculo de construção midiática de uma “crise”, recebendo uma repercussão política desproporcional à dimensão global do fenômeno, resultando na falsa ideia de que o refúgio é um problema ou até uma ameaça que atinge principalmente o mundo desenvolvido. Em função disso, teremos políticas migratórias restritivas, o desrespeito à dignidade humana, a crescente violência na contenção desses fluxos e uma pitada de ações humanitárias³, justificadas, entre outros motivos, pela defesa da soberania e segurança nacional, questões econômicas e até ameaças sanitárias, ao

² Segundo a Organização Internacional para Migrações (OIM), em 2019, o mundo tinha cerca de 272 milhões de migrantes internacionais, representando 3,5% da população global (OIM, 2020, p.2). Por outro lado, segundo Oliveira (2017) e Ventura (2015), a globalização econômica, ao contrário do que foi prometido, em especial durante os anos 1990, não propiciou a plena liberdade de circulação internacional de pessoas. Essa liberdade é um dos direitos humanos mais desrespeitado, uma vez que é exercido de modo assimétrico no mundo contemporâneo.

³ Em diferentes lugares do mundo, encontraremos pessoas que estão presas em espaços estanques, nomeados como campos de refugiados ou centro de detenção. Eles constituem espaços estanques “humanitários” onde passam um longo período das suas vidas. O eufemismo que impera perante os diferentes tipos de inexistências, produzidas e construídas, considera esses lugares de reclusão “humanitários”, porque subsistem entre a ajuda humanitária institucionalizada e as transferências e atividades econômicas informais, embora numa invisibilidade total, e em ambientes de acesso controlado para operações “humanitárias” e “ativistas” (Madroñal, 2019, p.515,516).

responsabilizar migrantes pela transmissão de doenças⁴ (Ventura, 2015; Ventura, Quispe, 2019; Baeninger et al., 2018a).

Foto 1_A guarda costeira italiana abordando refugiados – 2015

FONTE: Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
Disponível em: <http://www.politize.com.br/crise-dos-refugiados/>

Ao longo da história, o movimento humano para buscar proteção em outro território que não o de sua origem ou residência habitual, em função de conflitos e perseguições, existe desde a Antiguidade⁵. Porém, a primeira referência histórica à palavra “refugiado” ocorreu no século XVII na França, durante a fuga de cerca de 200.000 protestantes franceses, conhecidos como “huguenotes”. Em função da revogação do Édito de Nantes em 1685, o qual impedia a perseguição religiosa e dava liberdade para a prática do protestantismo, os huguenotes, além da imposição de conversão religiosa ao catolicismo, também foram proibidos de sair do reino francês. A decisão do Estado que

⁴ A tendência de responsabilizar estrangeiros pela propagação de grandes epidemias é uma permanência de uma tendência que já pode ser reconhecida desde a Idade Média, com relação à propagação da peste negra, que dizimou milhões de europeus e levou à eliminação de centenas de judeus. A permanência do fantasma do estrangeiro como vetor de doenças pode ser reconhecida na epidemia de HIV, marco histórico da saúde global, que teve início nos anos 1980. Naquela época nasceu o mito de que os haitianos seriam os responsáveis pela origem da epidemia de HIV nos Estados Unidos (Farmer, 2006). Um segundo episódio é a epidemia da doença do vírus ebola na África Ocidental, considerada uma emergência sanitária internacional pela OMS entre 2014 e 2015. Os sete casos de ebola notificados no ocidente, entre os quais apenas um óbito, tiveram repercussão vertiginosamente maior do que os quase trinta milhares de casos e mais de 11 mil óbitos ocorridos na Guiné-Conacri, na Libéria e em Serra Leoa, que foram os países mais atingidos pela epidemia. Ainda com relação ao ebola, emblemático, em seu aspecto negativo, foi o modo como foi conduzida a investigação do primeiro caso suspeito de ebola no Brasil, em outubro de 2014. Tratava-se de um imigrante da Guiné que veio ao Brasil pedir refúgio e cujos exames foram negativos. No entanto, o caminho percorrido até o diagnóstico foi marcado por inúmeras violações aos direitos humanos (Ventura, Holzacker, 2016). Além do mito de que os migrantes nos trarão doenças, em seu livro “Saúde de Migrantes e Refugiados”, Ventura e Quispe (2019) discutem também outros mitos, tais como: a ideia de que os migrantes constituem uma ameaça aos empregos dos nacionais; que a motivação para migrar é a possibilidade de usufruir das ajudas públicas para ter acesso a políticas sociais; e a percepção de que o aumento do número de migrantes e refugiados representaria, por si só, o aumento das dificuldades de acolhê-los.

⁵ Na Antiguidade, um exemplo dessas migrações forçadas ocorreu durante os últimos anos das Guerras Púnicas (246 a.C. - 146 a.C.) entre Roma e Cartago, resultando na fuga dos cartagineses para outras regiões da África (Warmington, 2010, p.491-497).

os recebeu de acomodá-los e protegê-los sob a lei doméstica fez com que os huguenotes fossem reconhecidos como uma categoria distinta de migrantes, pois eles não podiam mais contar com a proteção de seu próprio Estado⁶ (Moulin, 2013, p.2-3). Devemos ressaltar que naquela época o número de refugiados era da ordem de centenas e o contexto histórico determinava outros motivos de saída e recepção em outros países.

No entanto, a associação entre a nacionalidade e direitos passará a constituir o grande problema do tema da mobilidade humana, sobretudo no que se refere aos refugiados (Ventura, 2013). Tal associação tem suas bases na criação do Estado-nação moderno, em meados do século XVII.

Data de 1648 a chamada Paz de Westphalia⁷, que estabelece um novo ordenamento jurídico internacional, baseado nos dispositivos de soberania de Estado-nação mutuamente reconhecidos. Inaugura, por assim dizer, a percepção do Estado-nação moderno, dentro de uma perspectiva de equilíbrio de poder entre Estados que se reconhecem e são reconhecidos como soberanos nos limites de seus próprios territórios. [...] De todas as implicações desse modelo de ordenação do Estado-nação, duas são fundamentais para a reflexão do que foi proposto aqui: pertencimento, imigração e identidade(s). A primeira é que, [...] eles garantem para si, mediante a condição de reconhecimento mútuo de sua soberania nos limites de seu território, o monopólio legítimo do uso da administração de suas fronteiras, ou seja, o poder de decidir quem poderá entrar ou não nos limites de seu território. [...] A segunda implicação [...] é que [...] é de que nem sempre – em alguns contextos, na maioria das vezes – a conjunção de Estado e nação coincidem. [...] para regiões do mundo onde as nações anteriores não foram extintas [...], a formação do Estado-nação nesses moldes acima descritos implica uma série de conflitos que continuam eclodindo, ora mais brandamente, ora mais intensamente, dentro de inúmeras resistências e guerrilhas que, por sua vez, carregam na atualidade milhões de refugiados, o que nos interessa sobremaneira nesse artigo (Oliveira 2017, p.95-97).

Ao chegarmos à primeira década do século XX, no início do que Hobsbawm (2007) chamou de “A Era da Catástrofe”, teremos a Primeira Guerra Mundial e a Revolução Russa, gerando um expressivo contingente de pessoas perseguidas em seus Estados e que, portanto, necessitavam deixá-los.

⁶ Segundo Orchard (2014, p.50,64), ao longo da história, a necessidade de estabelecer-se uma proteção para os refugiados foi determinada por momentos de crise, aqui entendidos como eventos críticos nos quais houvesse a falência das políticas existentes, tensionadas por uma dramática e sustentada alteração na natureza e/ou número de refugiados buscando proteção. Para esse autor, o ocorrido com os huguenotes constitui o primeiro evento crítico relevante na história de proteção dos refugiados desde o século XVII, por entender que houve uma mudança na natureza e número de refugiados, pois, embora refugiados religiosos fossem comuns antes desse período, a Revogação do Édito de Nantes alterou normas-chaves, impactando o direito de refugiados deixarem seu próprio Estado, além do número gerado ter sido expressivo para aquele momento. Diante dessa situação, os Estados receptores tiveram que criar uma nova prática estatal, prestando proteções legais domésticas. A partir da Revolução Francesa (1789), ocorre uma mudança na natureza dos refugiados, pois pela primeira vez os Estados foram confrontados com número significativo de pessoas fugindo de perseguição política, em vez de religiosa.

⁷ A chamada Paz de Westphalia compõe uma série de acordos assinados entre as principais potências europeias da época que põe fim à Guerra dos Trinta Anos (de 1618 a 1648) definindo o padrão de Estado-nação moderno em vigência até os dias de hoje (Oliveira, 2017, p.95).

O mundo acostumou-se à expulsão e matança compulsórias em escala astronômica, fenômenos tão conhecidos que foi preciso inventar novas palavras para eles: “sem Estado” (“apátridas”) ou “genocídio”. [...] A primeira Guerra Mundial e a Revolução Russa forçaram milhões de pessoas a se deslocarem como refugiados, ou por compulsórias “trocas de população” entre Estados, que equivaleriam à mesma coisa. [...] Numa estimativa por cima, os anos 1914-22 geraram entre 4 e 5 milhões de refugiados (Hobsbawn, 2007, p.57).

Segundo Hannah Arendt (2012, p.387), essas pessoas eram vistas como “elementos indesejáveis” pela comunidade internacional, que se recusava a vislumbrar a possibilidade desse problema permanecer. A partir da perspectiva de que se tratava de situações pontuais, buscou-se uma solução imediatista e específica para proteger os refugiados russos, com a criação, em 1921, por meio do Conselho da Sociedade das Nações, do primeiro Alto Comissariado para Refugiados, principalmente destinado ao apoio humanitário aos refugiados russos⁸ (Ramos, 2011).

Desse modo, numa Europa que já se via às voltas com um grande número de refugiados gerados pela Primeira Guerra Mundial e pelo período que se seguiu à guerra, e que “não eram bem-vindos e não podiam ser assimilados em parte alguma” (Arendt, 2012, p.369), chegamos à Segunda Guerra Mundial.

Com o surgimento das minorias na Europa oriental e meridional e com a incursão dos povos sem Estado na Europa central e ocidental, um elemento de desintegração completamente novo foi introduzido na Europa do pós-guerra. A desnacionalização tornou-se uma poderosa arma da política totalitária, e a incapacidade constitucional dos Estados-nações europeus de proteger os direitos humanos dos que haviam perdido os seus direitos nacionais permitiu aos governos opressores impor sua escala de valores até mesmo sobre os países oponentes. Aqueles a quem haviam escolhido como refúgio da terra - judeus⁹, trostkistas, etc. - eram realmente recebidos como o refúgio da terra em toda parte[...] (Arendt, 2012 p.372).

Com o início da Segunda Guerra Mundial¹⁰ (1939-1945), evento histórico que mais desproveu pessoas da proteção estatal, gerou-se um número ainda maior de refugiados, que agora não vinham só da Europa, como nos relata Hobsbawn, (2007):

⁸ Segundo Orchard (2014, p.50), os russos que fugiram da Revolução Russa (1917-1921) foram despojados de sua cidadania, tornando-se apátridas diante da lei internacional existente. Importante sublinhar que esses refugiados foram os primeiros a insistir em sua nacionalidade e a se defender contra a tentativa de aglutiná-los com outros povos apátridas (Arendt, 2012, p.397).

⁹ A fuga dos judeus alemães do nazismo (1933-1939) como um momento crítico na história dos refugiados após o século XVII, em decorrência do seu número e a inabilidade dos estados coordenarem com sucesso as políticas de proteção (Orchard, 2014, p.50).

¹⁰ A Segunda Guerra Mundial gerou dois tipos de refugiados: de um lado, os judeus que no início da guerra foram deportados para além das fronteiras alemãs, após terem sido despojados de todos os seus bens e de sua nacionalidade, tornando-se apátridas, ou seja, os refugiados de fato; e, de outro lado, os seres humanos, em sua maioria, mas não somente, judeus, que, durante o desenrolar do conflito, abandonaram voluntariamente seus países de origem, pois eram perseguidos e não contavam com a proteção estatal, os refugiados propriamente ditos (Jubilut, 2007, p.26).

A primeira enxurrada de destroços humanos [Primeira Guerra Mundial] foi o mesmo que nada diante do que se seguiu à Segunda Guerra Mundial, ou da desumanidade com que foram tratados. Estimou-se que em maio de 1945 havia talvez 40,5 milhões de pessoas desenraizadas na Europa. [...] Não havia refugiados apenas na Europa. A descolonização da Índia em 1947 criou 15 milhões deles, obrigados a cruzar as novas fronteiras entre a Índia e o Paquistão (nas duas direções), sem contar os 2 milhões mortos na guerra civil que se seguiu. A Guerra da Coreia, outro subproduto da Segunda Guerra Mundial, produziu talvez 5 milhões de coreanos deslocados. Após o estabelecimento de Israel - ainda outro dos efeitos da guerra - cerca de 1,3 milhão de palestinos foram registrados na Agência de Socorro e Trabalho das Nações Unidas (UNRWA); do outro lado, em inícios da década de 1960, 1,2 milhão de judeus haviam migrado para Israel, a maioria deles também refugiados. Em resumo, a catástrofe humana desencadeada pela Segunda Guerra Mundial é quase certamente a maior na história humana (Hobsbawn, 2007, p.58).

1.1.1 A Convenção de 1951 e o Protocolo de 1967

Dessa forma, chegamos aos meados do século XX com um contingente numérico de refugiados¹¹ na casa dos milhões, o que ameaçava consideravelmente a segurança interna dos Estados que acolhiam essas pessoas, sem contar com um sistema organizado de proteção. Outro aspecto se refere à configuração geopolítica da comunidade internacional, em que os refugiados, aos deixarem seus Estados de origem pela falta de proteção a eles por parte desses, encontravam-se sem alternativas, pois, estando a comunidade internacional dividida em unidades políticas autônomas, e não havendo regra internacional sobre o tema, cada uma dessas estipulava regras de entrada em seu território, excluindo na maioria das vezes os refugiados, que chegavam sem dinheiro, sem referência e, à época, em grande número (Jubilut, 2007, p. 24-25).

Foi, portanto, essa conjunção de fatores que resultou na criação, pela Organização das Nações Unidas (ONU), de um órgão internacional responsável pela proteção dos

¹¹ A movimentação caótica de pessoas no continente europeu no final da Segunda Guerra causou grande preocupação aos países aliados (EUA, URSS, França e Reino Unido), o que resultou, em 1943, na criação da Administração das Nações Unidas para Auxílio e Restabelecimento (ANUAR), que prestava auxílio não só aos refugiados, mas a todas as pessoas deslocadas em razão da guerra. O ANUAR promoveu o repatriamento de aproximadamente 7 milhões de refugiados (dentro os quais, 2 milhões eram soviéticos). Os países que haviam concedido asilo aos refugiados (como Alemanha, Itália e Áustria) apoiavam essa ação. Por outro lado, muitos dos deslocados e refugiados não queriam retornar aos seus países de origem, principalmente àqueles governados pelo regime comunista - o que foi ignorado pelos países aliados, procedendo-se ao repatriamento forçado. Como os EUA eram contra essa prática, denunciando que essa política de repatriamento e seus programas de reabilitação nos países do Leste Europeu serviam apenas para reforçar o controle soviéticos exercido sobre estes, lhe suspenderam o apoio financeiro. De modo que, com o final do seu mandato, essa instituição foi substituída, em 1947, pela Organização Internacional para Refugiados (OIR), uma agência especializada não pertencente à ONU, que prestava assistência apenas aos refugiados europeus e que foi de fato o primeiro organismo internacional a tratar, de forma integrada, de todos os aspectos da problemática dos refugiados, tais como sua assistência, proteção política e jurídica. No entanto, essa organização também não conseguiu encontrar uma solução definitiva para a problemática dos refugiados, e como seu mandato já expiraria em 1952, viu-se a necessidade de criar um outro organismo para tratar da gestão dos refugiados, que foi o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), criado em 1950 (ACNUR, 2002, p.13-19).

refugiados, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), em 1950. Esse órgão ficou responsável por buscar soluções permanentes para a situação dos refugiados, devendo auxiliar os governos a facilitarem seu repatriamento voluntário ou a sua integração local em novas comunidades (ACNUR, 1950).

A proteção jurídica dos refugiados deu-se em 1951, com a formulação do Estatuto dos Refugiados das Nações Unidas, apenas vinculado aos fluxos de refugiados anteriores a 1951 e à possibilidade de os Estados só aceitarem esses fluxos se fossem oriundos de países europeus¹² (Ramos, 2011). Essa limitação geográfica e temporal está expressa por essa Convenção em sua definição de refugiado, entendido como:

Qualquer pessoa que, em consequência dos acontecimentos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951, e receando com razão ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas, se encontre fora do país de que tem a nacionalidade e não possa ou, em virtude daquele receio, não queira pedir a proteção daquele país; ou que, se não tiver nacionalidade e estiver fora do país no qual tinha a sua residência habitual após aqueles acontecimentos, não possa ou, em virtude do dito receio, a ele não queira voltar (ACNUR, 1996, p.61).

Devemos ressaltar que o ACNUR, desde sua criação, foi marcado por divergências entre os EUA e os países ocidentais europeus (ACNUR, 2002, p.27), e está longe de ser uma agência forte e independente, uma vez que depende de doações dos países ricos para levar a cabo suas operações e programas (Loescher, 2001). E embora, em seu estatuto, conste que “o trabalho do Alto Comissariado terá um caráter totalmente apolítico; será humanitário e social” (ACNUR, 1950, p.2), muitos autores (Loescher, 2001; Hyndman, 2000; Chimni, 2000) questionam essa afirmativa, considerando uma tentativa de despolitizar este organismo que, pelo contrário, é uma organização altamente politizada, uma vez que não há soluções apolíticas capazes de lidar com deslocamentos humanos, tendo em vista que são eventos políticos.

Após o final da Segunda Guerra, outros conflitos resultaram em novos fluxos de deslocados forçados, tal como o gerado pelo nascimento do Estado de Israel (1947) no

¹² No momento em que a Convenção de 1951 foi redigida, havia uma vontade por parte de alguns Estados de não assumir obrigações cujo alcance não podia ser previsto. Esse desejo levou à inclusão da data limite de 1951, em relação à qual já foi feita referência. Em resposta à vontade de alguns Governos, a Convenção de 1951 também concedeu aos Estados-partes a possibilidade de limitarem suas obrigações perante a Convenção às pessoas que se tornaram refugiados em consequência dos eventos ocorridos na Europa (ACNUR, 2011a, p.23).

Oriente Médio, resultando na fuga de milhares de palestinos¹³ que habitavam esse território. Em face de tal situação, a ONU, em 1949, estabeleceu um órgão próprio para tratar da questão dos deslocados palestinos (Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados Palestinos), excluindo-os da competência de seu órgão especializado no tema dos refugiados, o ACNUR (Jubilut, 2007, p.26). Outro exemplo foi o grande fluxo de refugiados resultante do processo de descolonização de países africanos, na década de 1960, suscitando a necessidade de modificação da limitação temporal da definição de refugiados que constava na Convenção de 1951 (Andrade, 1996).

Diante da evidência de que novos fluxos de deslocados forçados ocorriam, e que não se limitavam à Europa, em 1967, o Protocolo relativo ao Estatuto dos Refugiados retirou as limitações de tempo e geográficas de sua definição em relação à de 1951.

Para os efeitos do presente Protocolo, o termo “refugiado” deverá, exceto em relação à aplicação do §3º do presente artigo, significar qualquer pessoa que se enquadre na definição dada no artigo primeiro da Convenção, como se as palavras “em decorrência dos acontecimentos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951 e...” e as palavras “...como consequência de tais acontecimentos” não figurassem do §2º da seção A do artigo primeiro. O presente Protocolo será aplicado pelos Estados-partes sem qualquer limitação geográfica (ACNUR, 2011a, p.63).

¹³É interessante notar que os palestinos não são abrangidos pelo sistema geral de proteção dos refugiados. Há duas explicações para tal fato. De um lado, há autores que entendem que a condição de refugiados dos palestinos decorre da criação do Estado de Israel patrocinada pela Organização das Nações Unidas, e, em função disso, caso fossem tidos como refugiados, estar-se-ia admitindo que a Organização das Nações Unidas “gerou” refugiados, estabelecendo-se, com isso, um paradoxo da sua atuação: proteção *versus* produção de refugiados. De outro lado, há autores que apontam a existência da reserva geográfica presente na Convenção de 1951 Relativa ao Estatuto dos Refugiados (que será estudada mais adiante) como o principal motivo da criação de dois órgãos separados (Jubilut, 2007, p.26).

1.1.2 Ampliações Regionais da Definição de Refugiado: África e América

Latina

O primeiro instrumento regional de proteção aos refugiados foi formulado na África. (Moreira, 2006a, p.14). Os diversos movimentos nacionalistas nas colônias africanas, dentre os quais se destacam os da Argélia¹⁴ e de Ruanda¹⁵, na década de 1960, levaram a Organização da Unidade Africana (OUA), em 1969, a implementar uma Convenção para tratar especificamente a problemática dos refugiados africanos, estabelecendo uma definição de refugiado, tida como “ampliada”, pois possibilitava aos indivíduos fugirem de conflitos internos e outras formas de violência em seus países de origem e serem considerados como refugiados. Dessa forma, não precisavam mais demonstrar a existência de fundado temor de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, filiação a determinado grupo social ou opinião política (ACNUR, 2002, p.60).

Qualquer pessoa que, devido a uma agressão, ocupação externa, dominação estrangeira ou a acontecimentos que perturbem gravemente a ordem pública numa parte ou na totalidade do seu país de origem ou do país de que tem nacionalidade, seja obrigado a deixar o lugar de residência habitual para procurar refúgio noutro lugar fora do seu país de origem ou de nacionalidade (OUA, 1969).

¹⁴ O conflito entre um grupo insurgente, a Frente de Libertação Nacional, e o governo francês fez com que, em 1957, os argelinos começassem a fugir para a Tunísia e o Marrocos, que fazem fronteira com o seu país natal. Esses países, que haviam se tornado independentes da França apenas um ano antes, não conseguiam lhes prover a assistência adequada. Ao mesmo tempo, o governo francês se recusava a reconhecer os argelinos como “refugiados”. Apesar disso, o número deles só continuava a crescer, perfazendo, em 1959, 150.903 refugiados argelinos na Tunísia e 110.245, no Marrocos. O conflito entre Argélia e França só terminou em 1962, e a operação de repatriamento foi organizada pelo ACNUR e o CICV (Comitê Internacional da Cruz Vermelha) (ACNUR, 2002, p.43).

¹⁵ Em 1962, o território sob tutela belga denominado Ruanda-Urundi adquiriu independência, acarretando a constituição de dois novos Estados: Ruanda e Burundi. Em Ruanda, os problemas se pautaram num enfrentamento político entre duas etnias, a maioria hutu e a minoria tutsi. Como resultado desse conflito, em 1962, aproximadamente 150.000 ruandeses estavam fora de seu país, dos quais 60.000 se encontravam na província de Kivu, na República Democrática do Congo; 40.000, em Burundi; 35.000, em Uganda; e 15.000 em Tanganica (que se tornaria Tanzânia dois anos depois) (ACNUR, 2002, p.50,51).

Do mesmo modo, na década de 1980, conflitos na América Central (El Salvador¹⁶, Nicarágua¹⁷, Guatemala¹⁸ e Chile¹⁹) resultaram no deslocamento de 2 milhões de pessoas na região (Andrade, 1998, p.400). E como resposta, institui-se a Declaração de Cartagena²⁰ sobre Refugiados em 1984, o segundo instrumento regional de proteção aos refugiados, aplicável na América Latina, que foi além da Convenção da OUA, apontando a violação massiva de direitos humanos como causa para se reconhecer um refugiado.

[...] a definição ou conceito de refugiado recomendável para sua utilização na região é aquela que além de conter elementos da Convenção de 1951 e do Protocolo de 1967, considere como refugiadas as pessoas que fugiram de seus países porque sua vida, segurança ou liberdade foram ameaçadas pela violência generalizada, a agressão estrangeira, os conflitos internos, a violação massiva dos direitos humanos ou outras circunstâncias que tenham perturbado gravemente a ordem pública (ACNUR, 1984, p.3).

A Convenção da OUA e a Convenção de Cartagena significaram atualização do conceito de refugiado trazido pela Convenção de 1951 e pelo protocolo de 1967, em âmbito regional. Tais inovações não alteram o conceito internacional de refugiado, porém, permitem a ampliação da proteção, ainda que apenas regionalmente (Jubilut, Madureira, 2014, p.16,17).

1.1.3 O mundo após a Guerra Fria²¹

Como vimos, ocorreram muitos avanços com a criação de Convenções que, de acordo com o momento histórico, a realidade de diferentes regiões do mundo e o poder

¹⁶ El Salvador foi alvo de golpes políticos desde sua independência, o que gerou a formação de grupos rebeldes a partir de 1970. Em decorrência desse conflito entre o governo salvadorenho e os opositores, que durou até a década de 1980, salvadorenhos passaram a procurar abrigo em outros países, tais como: Nicarágua, Costa Rica, Honduras, sendo o México o que acolheu o maior número de refugiados salvadorenhos, totalizando 120 mil pessoas (ACNUR, 2002, p.223).

¹⁷ A Nicarágua foi governada pelo regime do ditador Anastasio Somoza, que contava com o apoio dos Estados Unidos, por três décadas. Nos anos 1970, o povo se voltou contra o ditador, impulsionando-o a fugir do país em 1979, quando, então, os sandinistas (que constituíam a Frente Sandinista de Libertação Nacional) passaram a exercer o poder na Nicarágua. Com isso, muitas pessoas, relacionadas ao governo Somoza, deixaram o país, enquanto outras, que o haviam abandonado por causa do regime ditatorial, retornavam. Diante dessa situação, em 1981, havia 30 mil nicaraguenses que conseguiram asilo temporário em Honduras e 100 mil, na Costa Rica (ACNUR, 2002, p.128,133).

¹⁸ Na Guatemala, em função de conflitos entre grupos rebeldes que se insurgiram contra o regime militar em 1980, houve um fluxo de refugiados, que se dirigiu para o México, em 1981, atingindo 30 mil pessoas em 1982; algumas centenas delas, para a Nicarágua; e pequenos grupos, para a Costa Rica e para o Panamá (ACNUR, 2002, p.135).

¹⁹ Em 1973, o Chile vivenciou um golpe militar que ensejou a queda do governo Allende e a tomada do poder pelos militares. Em decorrência desse conflito, os chilenos foram acolhidos na Argentina, Peru e México (ACNUR, 2002, p.140).

²⁰ Sobre a Declaração de Cartagena, acessar http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugueses/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Declaracao_de_Cartagena.pdf?view=1

²¹ Os 45 anos de confronto entre as duas superpotências, EUA e URSS, que emergiram da Segunda Guerra Mundial na chamada “Guerra Fria”, se estenderam até os anos 1990 (Hobsbawn, 2007, p.223).

de pressão política dos vários atores envolvidos, buscavam adequar a definição jurídica de quem são as pessoas que teriam o direito de solicitar o reconhecimento como refugiadas. Contudo, ainda há muito que avançar, sobretudo no sentido da implementação da legislação, de modo que as pessoas em situação de refúgio possam reconstruir suas vidas de maneira digna nos países de acolhida (Haydu, 2017, p.30-31; Ramos, 2011). Orchard (2014, p.22), sinaliza o fato de que é necessário que as normas internacionais sobre o tema, como a Convenção de 1951 e o Protocolo de 1967, não sejam apenas endossadas retoricamente pelos governantes, sem serem efetivamente respeitadas pelos diferentes países.

[...] quando existem discordâncias entre uma nova norma internacional e uma compreensão normativa prévia em nível doméstico, a internalização da norma poderá ser mais difícil. Ou a norma internacional não será internalizada em nível doméstico, ou ela será apenas aceita retoricamente e fracamente internalizada. Portanto, embora os estados possam retoricamente aceitar normas em nível internacional, elas podem estar sujeitas a violação (Orchard, 2014, p.22).

Durante o início da Guerra Fria, os países desenvolvidos do ocidente acolheram grandes contingentes de refugiados, em razão de interesses econômicos, culturais e, principalmente, políticos, uma vez que esses governos abrigavam pessoas que fugiam de seus países socialistas, sobretudo do leste europeu. Portanto, o recebimento de refugiados se baseava nas vantagens ideológicas ou geopolíticas que eles representavam (Cunha, 2002, p.510), o que resultou no descrédito da recém implementada universalização do *status* do refúgio (Jubilut, 2007).

Durante esse período, denominado de Guerra Fria, a questão dos refugiados foi utilizada como propaganda política [...]. A acolhida a pessoas perseguidas e violadas em seus direitos humanos provenientes de um Estado “inimigo” tornou-se um instrumento político interessante como modo de desacreditar o bloco contrário. Assim, a qualificação de uma pessoa como refugiada passou a não se basear nos critérios legais internacionalmente estabelecidos, mas tão somente em sua origem: desde que viessem de um Estado do bloco adversário [...] a pessoa era tida como refugiada, a fim de mostrar as vantagens do país de acolhida em oposição às desvantagens do país de origem, o que desacreditou sobremaneira o instituto do refúgio durante esse período (Jubilut, 2007, p.28).

Contudo, a partir de meados dos anos 1980, a receptividade desses países para os refugiados se modificou. Tratava-se de um momento de recessão econômica mundial, e os refugiados passaram a ser vistos como um encargo econômico e social. Além disso, começaram a chegar solicitantes de refúgio africanos e asiáticos, e os países desenvolvidos do ocidente passaram a se opor à sua entrada (ACNUR, 1995, p.182).

Segundo Hyndman (2000, p.4), pode-se afirmar que, naquele momento, o refugiado não tinha mais o significado político que tinha por ocasião da Guerra Fria. Além disso, a direção dos fluxos de refugiados inverteu-se, com um aumento de deslocamentos dos países do Sul para o Norte do mundo (Chimni, 2008, 1998; Orchard, 2014).

Ao produzir a imagem de um refugiado 'normal' - branco, homem, anticomunista - uma mensagem clara foi enviada à população no que diz respeito ao 'novo requerente de refúgio': que esses solicitantes de refúgio estavam aqui sem um bom motivo, que abusaram da hospitalidade, e que seus números eram muito grandes (Frankenberg 1993: 370-71; Mortimer 1997). Isto simplesmente confirmava a xenofobia. Existe, portanto, uma dialética entre a ação do Estado e o aumento da xenofobia, um tema que recebeu pouca atenção. (Chimni, 1998, p.357)

Figura 1 - Evolução do número de refugiados no mundo_1951-2015

FONTE: United Nations High Commissioner for Refugees – UNHCR, Population Statistics
Visão geral dos dados de 2016 (ACNUR 2016).

Nota: Os dados referem-se apenas aos refugiados sob proteção do ACNUR

Após o final da Guerra Fria, o mundo se organizou com uma economia norteadada pelo neoliberalismo, voltada para uma globalização, marcada pela intensificação de fluxos transfronteiriços, e pela formação de blocos regionais. No plano político, as decisões internacionais eram governadas por países desenvolvidos do centro do capitalismo, dentre os quais os EUA, países da Europa e Japão. Enquanto isso, no plano militar, os EUA se constituíam como potência hegemônica mundial (Cervo, Bueno, 2002, p.455).

Esse será o cenário mundial, no qual o tema dos refugiados entra em sua fase atual, a qual vem a ser uma fase de contradições permanentes. Temos forças que alimentam o nacionalismo e os conflitos étnicos entre grupos de origem diferente, e, com isso, geram um enorme fluxo de refugiados. Por outro lado, os aspectos econômicos que fundam o processo de globalização geram a necessidade de deixar-se o país de origem em função de problemas econômicos, situação não abrangida pelo refúgio, mas comumente verificada entre os casos de solicitação de refúgio a serem avaliados. Trata-se dos chamados migrantes econômicos ou refugiados econômicos, que buscam uma melhor vida financeira e não se enquadram nas hipóteses legais de reconhecimento do *status* de refugiado.

Ainda com relação ao aspecto econômico da globalização, temos os Estados dificultando a acolhida de refugiados em seu território, em razão de um receio de que a abertura a estrangeiros ocasione problemas em suas economias domésticas, o que, segundo eles, justificaria o não-reconhecimento do *status* de refugiado aos migrantes econômicos.

Somam-se a essas questões, a proliferação de conflitos étnicos e as violações de direitos humanos, qualificando cada vez mais pessoas como refugiadas, mas cuja acolhida por outros Estados não terá como base exclusivamente as questões humanitárias, em face das questões econômicas anteriormente citadas. Estabelece-se assim um contínuo impasse acerca do tema. (Jubilut, 2007, p.29,30).

Além disso, segundo Orchard (2014, p.51), os refugiados que se seguiram ao período da Guerra Fria (1987-1994) são frequentemente constituídos de “um novo tipo”, aqueles que fogem de situações de violência generalizada e perseguições por atores não estatais.

E assim, a temática mantém-se importante no século XXI, com os números falando por si mesmos. Sobretudo, quando analisamos o impressionante aumento ocorrido no decorrer da primeira década deste século, quando chegamos ao final de 2019 com um total de 79,5 milhões de deslocados forçados no mundo, composto por 26

milhões de refugiados²², 45,7 milhões de deslocados internos, 4,2 milhões de solicitantes de refúgio, e 3,6 milhões de venezuelanos deslocados no estrangeiro. (ACNUR, 2006, 2020).

²² Esse total é composto por 20,4 milhões de refugiados sob o mandato do ACNUR e 5,6 refugiados palestinos registrados pela UNRWA alojados em 58 campos de refugiados e outros locais no Líbano, Síria, Jordânia, Gaza e Cisjordânia (ACNUR, 2020).

Figura 2 - Evolução no número de deslocamentos forçados entre 2010 e 2019

FONTE: ACNUR, 2020, p. 7.

Cabe uma observação com relação ao número de deslocamentos internos²³, ou seja, pessoas que tiveram que fugir de suas moradias, porém mantiveram-se dentro dos limites das fronteiras de seu país. A partir de 2006²⁴, os relatórios emitidos pelo ACNUR passaram a dar visibilidade clara ao contingente de pessoas deslocadas internamente, que desde então ultrapassou o número de refugiados (ACNUR, 2006). Desde então, o número de deslocados internos passou a predominar, representando em 2019, 58 % do total dos deslocados forçados mundialmente, localizados principalmente na Colômbia, seguida pela Síria e República Democrática do Congo (ACNUR, 2020).

De todos os refugiados do mundo, 68 % vêm de 5 países: Síria²⁵ (6,6 milhões), Venezuela (3,7 milhões), Afeganistão²⁶ (2,7 milhões), Sudão do Sul²⁷ (2,2 milhões) e Mianmar (1,1 milhão) (ACNUR, 2020).

Com relação à distribuição dos refugiados pelo mundo no final de 2019, temos que os 5 principais países que abrigam refugiados são: Turquia, Colômbia²⁸, Paquistão²⁹, Uganda³⁰ e Alemanha³¹. Sendo que a Turquia abriga o maior número absoluto de refugiados no mundo, com 3,6 milhões de pessoas. De fato, a grande maioria dos refugiados, 85% deles, encontram-se em países em desenvolvimento (ACNUR, 2020).

Portanto, esse panorama mundial reflete a proliferação de conflitos étnicos e as violações de direitos humanos, combinados com medidas restritivas adotadas pelos países ocidentais, numa tentativa de controlar o fluxo transfronteiras, e, com isso, as soluções para os problemas dos refugiados vêm se tornando cada vez mais difíceis (Silva, 2017). Além disso, no mundo contemporâneo, se tomarmos como base o ponto de partida e os territórios receptores dos refugiados, constatamos que a parte mais significativa dos

²³ A definição atualmente vigente de Pessoas Deslocadas Internamente (PDI) foi estabelecida em 1998, e se refere a pessoas ou grupos de pessoas que foram forçados a deixar suas casas ou locais de residência habitual, em particular como resultado – ou para evitar os efeitos – de conflitos armados, situações de violência generalizada, violações de direitos humanos, ou catástrofes naturais ou provocadas pelo homem, e que não atravessaram uma fronteira internacional (ONU, 1998). Tendo em vista a magnitude global do problema e do progressivo reconhecimento dos deslocados internos como grupo específico numa abordagem de direitos humanos, muitos autores têm se dedicado a abordar o tema (Deng, Macnamara, 2001; Mooney, 2005; Feller, 2006; Nogueira, 2014).

²⁴ Enquanto em 2005 havia 8,4 milhões de refugiados e 6,6 milhões de deslocados internos, em 2006 havia 9,9 milhões de refugiados e 12,9 milhões de deslocados internos (ACNUR, 2005, 2006).

²⁵ Em função da Guerra Civil em curso na Síria, o país tem o maior número absoluto de refugiados, com mais da metade da sua população fora do país (ACNUR, 2016).

²⁶ O conflito armado, resultante da intervenção russa no Afeganistão, entre 1979 e 1989, associado à falta de proteção do Estado e à desigualdade social, econômica e política, impulsionou os afegãos a buscar refúgio em outros países (ACNUR, 2016).

²⁷ O Sudão do Sul enfrenta uma Guerra civil há 3 anos, com muitos nacionais fugindo para a Etiópia e Uganda (ACNUR, 2018).

²⁸ A Colômbia abriga 1,8 milhão de refugiados (ACNUR, 2020).

²⁹ O Paquistão abriga 1,4 milhão de refugiados (ACNUR, 2020).

³⁰ Uganda abriga 1,4 milhão de refugiados (ACNUR, 2020).

³¹ A Alemanha abriga 1,1 milhão de refugiados (ACNUR, 2020).

refugiados se movimenta nesse fluxo “Sul-Sul”³². Tal realidade vai de encontro à noção distorcida de que as pessoas deslocadas estão habitualmente em países do hemisfério norte, uma vez que os dados mostram o oposto:

As regiões em desenvolvimento continuaram a suportar uma responsabilidade desproporcionalmente grande pela hospedagem de populações deslocadas. Nove dos dez países hospedando as maiores populações de refugiados e dos venezuelanos deslocados para o exterior estavam em regiões em desenvolvimento. Cerca de 85 por cento dessas populações viviam nesses países. Os Países Menos Desenvolvidos - incluindo Bangladesh, Chade, República Democrática do Congo, Etiópia, Ruanda, Sudão do Sul, Sudão, a República Unida da Tanzânia, Uganda e Iêmen - eram o lar de 13 por cento da população mundial. Representando apenas 1,2 por cento do Produto Interno Bruto global, 32 deles tiveram a menor quantidade de recursos disponíveis para atender a necessidades das pessoas que procuram refúgio. Ainda juntos eles hospedaram 6,6 milhões, 27 por cento do total global de refugiados e venezuelanos deslocados para o exterior (ACNUR, 2020, p.22).

Soma-se a tudo isso a ambiguidade do papel do ACNUR, enquanto organismo que reúne os Estados a fim de encontrar soluções para os refugiados, mas ao mesmo tempo é usado pelos Estados para perseguir seus interesses. É relevante lembrar que o reforço de um papel apolítico e de natureza humanitária retira o foco dos motivos pelos quais as pessoas são forçadas a fugir e, sobretudo, considera que elas têm o direito de fugir (Chimni, 2000, p.253; Orchard, 2014).

1.1.4 Entre a desterritorialização e a reterritorialização

Os refugiados estão em constante movimento, não só no sentido de seu deslocamento geográfico, mas também reconstruindo suas relações com o espaço durante seu movimento forçado em busca de proteção e de novas possibilidades de reconstrução de suas vidas, ou seja, de uma reterritorialização. Esse movimento se dá num contexto de extrema fragilidade e vulnerabilidade, traduzida pela perda de seus direitos básicos, encontrando-se numa fenda entre espaços (Estados), onde a retomada desses direitos, ou de pelo menos uma parte deles “depende prioritariamente de sua reintegração territorial e, por consequência, jurídica ao espaço da política governamental” (Moulin, 2011, p.148).

³² A expressão Sul global refere-se à divisão Norte-Sul. Esta forma de regionalizar o globo é fruto da nova configuração ocorrida após a desintegração dos países socialistas do Leste Europeu, iniciada com a queda do muro de Berlim em 1989. Esta classificação global dos países tem por base o nivelamento do desenvolvimento socioeconômico, em substituição à antiga divisão do globo em três mundos. No século XXI o cenário das migrações internacionais tem sido marcado por movimentos migratórios que percorrem percursos cada vez mais intensos, entre os países do Sul global (Baeninger et al., 2018a).

Eles trazem consigo uma territorialidade “extra” (sua extraterritorialidade³³), territorializando-se também, por meio de seus fluxos, virtuais, a partir dos territórios-rede, ou in situ, construindo assim ‘territórios em trânsito’, pois “o território, assim como o próprio espaço, antes de ser uma matéria estanque, é um movimento, um ato” (Haesbaert, 2013, p.67, 73).

Assim sendo, o refugiado é aquela pessoa que se encontra fora de seu país de nacionalidade e/ou residência e, por medo de perseguição, não pode mais recorrer ao seu governo para obter proteção. Nesse sentido, trata-se de quem perdeu a proteção diplomática de seu país de origem e, como consequência da necessária resolução moderna que atrela o exercício dos direitos humanos ao Estado e ao cidadão, torna-se um sujeito sem direitos (Arendt, 2012). É essa condição limiar do refugiado de ser um indivíduo entre soberanos (Haddad, 2008) que o torna figura emblemática das limitações do discurso humanitário, reduzida à vida nua, como salienta Agamben (2007).

Se os refugiados (cujo número nunca parou de crescer no nosso século [século XX], até incluir hoje uma porção não desprezível da humanidade) representam, no ordenamento do Estado-nação moderno, um elemento tão inquietante, é antes de tudo porque, rompendo a continuidade entre homem e cidadão, entre *nascimento e nacionalidade*, eles põem em crise a ficção originária da soberania moderna. Exibindo à luz o resíduo entre nascimento e nação, o refugiado faz surgir por um átimo na cena política aquela vida nua que constitui seu secreto pressuposto. Neste sentido, ele é verdadeiramente, como sugere Hannah Arendt, “o homem dos direitos”, a sua primeira e única aparição por fora da máscara de cidadão que constantemente o cobre. Mas, justamente por isso, a sua figura é tão difícil de definir politicamente (Agamben, 2007, p.128).

O refugiado, pois, depende do reconhecimento de seu *status* (dos motivos fundados e subjetivos de temor que justificam a fuga) por parte de um outro Estado para readquirir, ainda que minimamente, qualquer possibilidade de acesso a direitos básicos. Embora supostamente protegido pelo guarda-chuva do direito humanitário e por agências governamentais internacionais (dentre as quais se destaca o ACNUR), a retomada de seus direitos básicos depende, prioritariamente, de sua reintegração territorial e, por consequência jurídica, ao espaço da política governamental (Moulin, 2011).

Essa reinclusão pode dar-se tanto pelo reconhecimento do status no país de acolhida como por sua reinserção, ainda que temporária, no espaço do campo [campo para refugiados]. Pode, ainda, acontecer em um terceiro país, quando

³³ A questão da extraterritorialidade é abordada por Liliana Jubilut e André Madureira (2014). Esse termo é utilizado no Direito Internacional como a isenção jurídica adotada por países, por meio de acordos diplomáticos para pessoas como, por exemplo, os diplomatas, ou a lugares como as embaixadas. No caso dos refugiados, a extraterritorialidade refere-se à sua diferente nacionalidade, por terem ultrapassado as fronteiras de seus países de origem, como declarado na sua definição pelo Estatuto.

a integração no primeiro país de acolhida ou no campo se mostram insuficientes. Esse último movimento conforma a situação dos refugiados reassentados (Moulin, 2011, p.148).

Cabe aqui a discussão quanto ao direito à mobilidade internacional dos refugiados, expressão da assimetria³⁴ da liberdade de circulação internacional (Ventura, 2015, p.58). Em contraponto à situação de terem esses indivíduos lugar em espaços de exclusão econômica e social, seja nos grandes centros urbanos ou nos campos de refugiados, nesses contextos, a proteção humanitária concedida acaba tornando (quase) permanente uma situação de marginalidade jurídica, social e racial, comum a outros tantos quase-cidadãos nacionais. O marco normativo internacional de proteção à pessoa humana, em particular o Direito Internacional dos Refugiados, tende a vincular sua identidade, modos de existência e os próprios destinos de suas vidas individuais e familiares aos ditames das agências governamentais. E esses ditames normalmente restringem a figura do refugiado a espaços da caridade social e/ou da criminalidade e da segurança (Moulin, 2011, p.149,150; Moulin, 2012). Em qualquer um desses espaços, as populações refugiadas são convertidas em sítios de intervenção, seja do cuidado pastoral das diversas agências por eles responsáveis (Foucault, 2006), seja pelo aparato penal, judicial e disciplinar que visa conter as desordens e as fontes de insegurança à comunidade internacional e hospedeira.

1.2 O refúgio no Brasil

No período entre a Primeira e Segunda Guerra Mundial, enquanto a Europa se via às voltas com os refugiados resultantes desse conflito, o Brasil se mantinha distante dessas questões. Sendo emblemático dessa postura o fato de que, em meados da década de 1920, o país retirou-se da Liga das Nações, pois “não tinha interesse”³⁵ em participar do movimento internacional para proteção de refugiados russos³⁶. Dessa forma, os

³⁴ Os cerca de 1,1 bilhão de turistas realizam viagens internacionais a cada ano (OIT, 2015), enquanto mais de dois terços da população do planeta permanecem absolutamente sedentários por falta de recursos materiais ou de rede de contatos que permita seu deslocamento (Wenden, 2015; Ventura, 2015; Ventura, Quispe, 2019).

³⁵ Devemos lembrar que, naquele momento, o cenário político brasileiro era marcado pela crise da República Oligárquica e pela ascensão do movimento operário, sendo o operariado brasileiro composto majoritariamente de imigrantes europeus, que defendiam uma ideologia de emancipação das classes operárias, ligada ao socialismo e anarquismo, que ganhou força com a Revolução Socialista Russa de 1917 (Toledo, 2017).

³⁶ A Liga das Nações, através do Conselho da Sociedade das Nações, criou o Alto Comissariado para Refugiados, cujo principal foco era o apoio humanitário aos refugiados russos (Ramos, 2011).

refugiados que porventura chegaram ao Brasil receberam o *status* de imigrantes comuns (Andrade, Marcolini, 2002, p.169).

Correspondência do consultor jurídico, Clóvis Bevilacqua, ao Secretário Geral do Ministério das Relações exteriores, Ministro Nabuco, datada de 12 de março de 1934, na qual se afirmar que: “nenhum interesse tem o Brasil em aderir a uma Convenção aplicável aos refugiados russos, armênios e assemelhados(...). Os estrangeiros que procurarem o Brasil, não sendo indesejáveis, terão o tratamento que a nossa hospitalidade concede e o gozo dos direitos que as nossas leis lhes atribuírem. Não poderão ser submetidos a regime especial, como estabelece a Convenção a que me refiro” [I.D.F.12/3/34 _ Arquivo Histórico do Palácio do Itamaraty, Rio de Janeiro]. (Andrade, Marcolini, 2002, p.175).

Importante sublinhar que, com relação à política migratória brasileira, a década de 1930 é marcada pelo início de uma política restritiva de imigração, com o início da Era Vargas³⁷ (1930-1945), chegando a proibir totalmente a imigração através do Decreto-Lei nº 3.175 (Andrade, 2005, p.12,13).

[...] a abrupta redução na década de 1930, que se deve à política restritiva de imigração iniciada no Estado Novo, que chegou a proibir totalmente a imigração. Pouco depois se introduziu o regime de quotas³⁸, pela Constituição de 1934, e, no mesmo ano, mais restrições (Andrade, 2005, p.12).

Além disso, a Era Vargas foi marcada por antissemitismo, com circulares secretas³⁹ que restringiram a imigração de judeus ao Brasil a partir de 1937. Neste sentido, não há dúvida de que a política do governo brasileiro foi conivente com o antissemitismo na Europa (Carneiro, 1988; Cytrynowicz, 2005).

Após a Segunda Guerra Mundial, o Brasil considerou ser conveniente aproximar-se da Organização Internacional para Refugiados (OIR), que entrou em vigor em 1948 e era um órgão ligado à Organização das Nações Unidas⁴⁰ (ONU), dedicado aos problemas residuais dos refugiados após a Segunda Guerra Mundial. A conveniência dessa aproximação se devia à necessidade de demonstrar princípios humanitários – não externados no período entreguerras, além da oportunidade de receber mão de obra qualificada, sobretudo após tantos anos de política imigratória restritiva (Andrade, 2005, p.28).

³⁷ A primeira fase do Governo de Getúlio Vargas, entre os anos 1930 e 1945, ficou conhecida como Era Vargas.

³⁸ A “lei de cotas” de 1934, foi uma medida destinada a acentuar o controle sobre a entrada e a distribuição de trabalhadores estrangeiros no país (Endrica, 2009).

³⁹ A primeira lei imigratória com restrição à entrada de “semitas” foi a resolução secreta 1.137, de 7-6-1937 (Cytrynowicz, 2002, p.393).

⁴⁰ A Organização das Nações Unidas foi criada em 1945, e sucedeu a Liga das Nações.

Por ocasião da Convenção sobre os refugiados, de 1951, o Brasil vivia um momento de democracia⁴¹, e isso contribuiu para que o país ratificasse a referida Convenção em 1960⁴². Porém, manteve a reserva geográfica por razões de caráter legal e político, determinando que apenas os refugiados provenientes da Europa tivessem direito a obter proteção em território nacional (Almeida, 2001; Andrade, Marcolini, 2002; Jubilut, 2003, 2007). Em 1972⁴³, o Brasil aderiu ao Protocolo de 1967, ainda mantendo a limitação geográfica⁴⁴ (Almeida, 2001, p.115).

No final da década de 1970, o cenário político da América Latina era de ruptura democrática, com muitos regimes ditatoriais⁴⁵, inclusive no Brasil. Se, por um lado, o país recebia muitos pedidos de refúgio (Jubilut, 2007, p.171), por outro, também havia muitos brasileiros que buscavam refúgio em outros países, em busca de segurança, os quais retornariam apenas após a Lei de Anistia, em 1979 (Rollemberg, 1999). Com relação às solicitações de refúgio por parte de sul-americanos, o governo brasileiro não tinha interesse em aceitá-los, pois eram pessoas que se opunham à regimes próximos ao seu. A alternativa encontrada foi recebê-los na condição jurídica de asilados⁴⁶, e permitir a instalação do ACNUR⁴⁷ no Rio de Janeiro, com a condição de que se responsabilizasse pelo reassentamento⁴⁸ desses sul-americanos indesejáveis em outros países da Europa, Canadá, Nova Zelândia, Austrália e Estados Unidos. Mesmo assim, o Brasil continuou não reconhecendo o ACNUR como uma organização internacional (Andrade, Marcolini, 2002, p.168,169; Almeida, 2001, p.119; Jubilut, 2007, p.172).

⁴¹ O Brasil vivia uma fase democrática na história do Brasil, ocorrida entre 1946 e 1964, que se caracterizou por uma maior participação do povo no governo, uma vez que as eleições para os cargos de poderes Executivo e Legislativo voltaram a ser diretas, e a liberdade de expressão foi resgatada após tantos anos de autoritarismo e censura no País.

⁴² O primeiro ato jurídico do Governo brasileiro que integrou o Direito Internacional dos Refugiados foi a promulgação da Convenção Relativa ao Estatuto do Refugiado de 1951, mediante o Decreto-lei nº 50.215, de 28 de janeiro de 1961 (Almeida, 2001, p.114).

⁴³ Em 7 de agosto de 1972, por meio do Decreto-lei nº 70.946, o Brasil promulga o Protocolo de 1967, porém mantém a limitação geográfica. Contudo, de acordo com Guido F. S. Soares, somente com o decreto 99.757, de 3 de dezembro de 1990, o Protocolo de 1967 passou a ter validade efetiva, pois no decreto promulgado anteriormente mantiveram-se as reservas que o Protocolo de 1967 objetivava retirar, fato corrigido apenas em 1990 (Soares, 2002, p. 398-399, apud Jubilut, 2007, p.171).

⁴⁴ Manteve também a restrição para que o refugiado tivesse atividades de trabalho registrado e participasse de associações (Almeida, 2001, p.115).

⁴⁵ As ditaduras militares imperavam em diversos países da América Latina: Chile (1973/1990); Argentina (1976/1983); Uruguai (1973/1984); Paraguai (1954/1989); e Brasil (1964/1985) (Almeida, 2001, p.118).

⁴⁶ Segundo Andrade e Marcolini (2002, p.168), neste primeiro momento o Brasil concedia aos refugiados não-europeus a condição de asilados, o que não traz obrigações para o Estado concessor e não tem sua aplicação fiscalizada por um órgão internacional.

⁴⁷ Nessa ocasião, o ACNUR instalou um escritório no Rio de Janeiro para cumprir essa missão. Estima-se que aproximadamente 20 mil sul-americanos foram reassentados nesse período (Almeida, 2001, p.119).

⁴⁸ O reassentamento consiste na realocação de refugiados de um país anfitrião para outro que concorde em admiti-los e conceder-lhes assentamento permanente (CONARE, 2018).

Durante esse período de atuação quase “clandestina”, o ACNUR contou com o apoio da Cáritas⁴⁹ Arquidiocesana do Rio de Janeiro, a Comissão Pontifícia Justiça e Paz⁵⁰ (comumente denominada Comissão Justiça e Paz) e a Cáritas Arquidiocesana de São Paulo (Jubilut, 2007, p.172). Tais parcerias foram essenciais para sua atuação no Brasil, sobretudo no período entre 1975 e 1986, quando conseguiu que 150 refugiados vietnamitas⁵¹, alguns refugiados cubanos⁵² e aproximadamente 130 refugiados iranianos (50 famílias iranianas) da fé baha’i⁵³ fossem recebidos como residentes estrangeiros⁵⁴, de modo a minimizar a aplicação da reserva geográfica em nosso ordenamento. Esses refugiados foram recebidos pela Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro e pela Comissão Pontifícia Justiça e Paz em São Paulo, onde receberam assessoria jurídica e auxílio para habitação e saúde (Jubilut, 2007, p.174; Andrade, Marcolino, 2002, p.169).

Nesse mesmo ano, 1985, o Congresso Nacional aprovou a emenda constitucional, convocando um Congresso Constituinte, resultando em uma nova Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, que em seu artigo 5º garante direitos iguais entre brasileiros e estrangeiros (Almeida, 2001, p.121,122).

Art. 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, 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 (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

Essa atitude de distensão do governo brasileiro reflete-se diretamente no tratamento dispensado ao ACNUR, que tem, em 1982, sua presença oficialmente reconhecida (Almeida, 2001, p.121).

⁴⁹ A Cáritas é uma organização sem fins lucrativos da Igreja Católica com atuação mundial em diversos projetos sociais. Foi estabelecida oficialmente em 1950, apesar de ter atuado embrionariamente auxiliando as vítimas da Segunda Guerra Mundial e de um terremoto no Japão em 1948. A Cáritas Internacional é formada pelas Cáritas Nacionais, que se organizam em regiões continentais para facilitar sua atuação. Atualmente a Cáritas atua em 154 Estados, sendo que 21 Cáritas Nacionais são parceiras implementadoras do ACNUR (Jubilut, 2007, p.172).

⁵⁰ A Comissão Pontifícia Justiça e Paz existia para legalizar o tratamento humanitário que a Igreja Católica dava aos refugiados, bem como a todos os temas de direitos humanos. (Jubilut, 2007, p.173). Na cidade de São Paulo, de 1977 a 1989, a Comissão de Justiça e Paz foi a instituição responsável pela recepção, encaminhamento e assistência social aos refugiados. A partir de 1989, a Cáritas Arquidiocesana assumiu esse trabalho, e foi criado um Centro de Referência para Refugiados (Almeida, 2001, p.120).

⁵¹ No final de 1979, um navio da Petrobras socorre, no mar da China, um barco com 150 vietnamitas conhecidos como “boat people”. Esses vietnamitas não são reconhecidos como refugiados, mas recebem um estatuto migratório alternativo, temporário, que lhes permite residir e trabalhar legalmente no Brasil (Almeida, 2001, p.120).

⁵² Em 1979, algumas dezenas de cubanos chegam ao Brasil e são acolhidos em São Paulo, onde são assistidos pela Comissão de Paz e Justiça (Almeida, 2001, p.120).

⁵³ Em 1986, durante o Governo de José Sarney, 50 famílias (aproximadamente 130 pessoas) da fé bahá’í, que são vítimas de perseguição religiosa no Irã, pedem asilo nos Estados Unidos, onde não recebem permissão para morar e, por fim, acabam estabelecendo-se no Brasil. Em virtude da cláusula de “limitação geográfica”, o Brasil não pode reconhecer a condição de refugiado dos bahá’í. Diante desse empecilho jurídico, o Governo brasileiro concede ao grupo de bahá’í um estatuto migratório alternativo humanitário, qual seja, o estatuto jurídico de asilados (Almeida, 2001, p.122).

⁵⁴ Note-se que não foi reconhecido formalmente o *status* de refugiados a essas pessoas, mas na prática foram-lhes assegurados direitos e proteções (Jubilut, 2007, p.173).

Outros marcos importantes desse período foram: a mudança da sede do ACNUR para Brasília em 1989; a suspensão da “reserva geográfica” da Convenção de 1951 por meio do Decreto nº 98.602; e a suspensão da proibição de que refugiados participassem de associações e exercessem trabalho remunerado em 1991, através da Portaria Interministerial (Almeida, 2001, p.123,124; Jubilut, 2007, p.175).

Artigo 3º - Ao refugiado, regularmente registrado no Departamento de Polícia Federal, será fornecida Carteira de Trabalho e Previdência Social, facultada a vinculação a sindicato, inscrição em órgãos representativos de classe e fiscalização de profissão.

Parágrafo único. A Carteira de Trabalho e Previdência Social terá validade igual à da cédula de identidade do estrangeiro (Almeida, 2001, p.126).

Entre 1992 e 1994, o Brasil acolheu cerca de 1.200 angolanos⁵⁵ que fugiram da guerra civil em seu país, adotando uma postura mais flexível em relação à definição de refugiado, não se limitando à definição prevista na Convenção de 1951 e no Protocolo de 1967, ampliando-a para permitir a proteção dessas pessoas. Era o início da utilização da definição ampliada pelo Brasil, seguindo as diretrizes da Declaração de Cartagena (1984), e que seria futuramente adotada na lei nacional sobre refugiados (Jubilut, 2007, p.175; Almeida, 2001, p.126).

O derradeiro passo na história nacional de proteção aos refugiados veio a ser a elaboração de um projeto de lei sobre o Estatuto Jurídico do Refugiado, com a aprovação da Lei 9.474/97.

1.2.1 Estatuto dos Refugiados

A proteção aos refugiados, apesar de garantida internacionalmente, realiza-se efetivamente no interior do Estado, quando esse implementa uma lei nacional tratando o assunto, isso constitui evolução do sistema internacional de proteção aos refugiados. Os instrumentos internacionais que tratam da matéria facultaram aos Estados a elaboração de regras mais adequadas às suas realidades⁵⁶ (Jubilut, 2007, p.190,195).

⁵⁵ A Guerra Civil em Angola, que perdurou de 1975 a 2002, resultou na destruição de grande parte da infraestrutura física e social do país, provocando a saída maciça de sua população. Uma vez que países que tradicionalmente eram receptores de refugiados, tais como Estados Unidos e países europeus, fecharam as portas para essas pessoas, o Brasil começou a se apresentar como uma opção, sendo nesse contexto que 1.200 angolanos chegaram ao país entre 1992 e 1994 (Haydu, 2009).

⁵⁶ Artigo 5º da Convenção de 1951 e o artigo 3º do Protocolo de 1967.

Três décadas após a ratificação pelo Brasil da Convenção de Genebra de 1951 sobre o Estatuto do Refugiado, surgiram políticas efetivas sobre a recepção do refugiado no Brasil. Assim, o mais recente passo da história nacional de proteção aos refugiados foi a Lei 9.474⁵⁷, em vigor desde 22 de julho de 1997. O processo de redemocratização do Brasil nos anos 1980, a Constituição Federal de 1988, e o crescimento do interesse dos direitos humanos nos países da América Latina propiciaram uma evolução considerável nas atitudes sobre a proteção de refugiados (Jubilut, 2006, p.22,26).

Essa lei incorpora os motivos clássicos de refúgio da Convenção de 1951 e adota a definição ampliada de refugiado estabelecida pela Declaração de Cartagena de 1984, que considera a “violação generalizada de direitos humanos” como uma das causas de reconhecimento da condição de refugiado (Almeida, 2001). Segundo essa lei:

Artigo 1º – Será reconhecido como refugiado todo indivíduo que:

I- devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou de opiniões políticas, encontre-se fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país;

II- não tendo nacionalidade e estando fora do país onde antes teve a residência habitual, não possa ou não queira a ele regressar, em função das circunstâncias descritas no inciso anterior;

III- devido à greve e generalizada violação de direitos humanos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país (BRASIL, 1997a).

A lei brasileira está servindo de base para a adoção de uma legislação uniforme sobre o tema no âmbito do Cone Sul (Jubilut, 2007, p.176), tendo sido considerada pelo ACNUR, um avanço em matéria de legislação sobre refugiado.

Atualmente, os países na região estão em diferentes estágios de progresso com relação à consolidação interna de seu comprometimento internacional. O Brasil tornou-se um líder regional com a aprovação do estatuto do refugiado em 1997 (ACNUR, 2003).

1.2.2 Comitê Nacional para Refugiados – CONARE

A partir da Lei 9.494, ocorreu, em 1998, a criação do Comitê Nacional para Refugiados⁵⁸ (CONARE), que é um órgão colegiado interministerial sob a coordenação

⁵⁷ No final de 1996, o Projeto de Lei sobre a implementação do Estatuto do Refugiado é encaminhado para o Congresso Nacional, sendo aprovado em 22 de julho de 1997, a Lei nº 9.474 (Almeida, 2001, p.130).

⁵⁸ Em caso de empate, o presidente do CONARE, que é o representante do Ministério da Justiça, decide (Jubilut, 2014, p.10).

do Ministério da Justiça, composto por um representante de cada um dos órgãos: Ministério da Justiça, da Saúde, das Relações Exteriores, do Trabalho, da Educação e Desporto, Polícia Federal, e Organização não-governamental que se dedique ao trabalho com refugiados, que no caso brasileiro é a Cáritas. Todos os membros do CONARE são apontados pelo Presidente da República, após indicação dos órgãos que representarão, e exercem a função sem remuneração. Cada representante tem direito a um voto, sendo as decisões tomadas por maioria simples⁵⁹. O ACNUR tem assento nas reuniões do CONARE e tem direito a se manifestar, mas não a votar (Almeida, 2001, p.130).

“Artigo 12. Compete ao CONARE, em consonância com a Convenção sobre o Estatuto dos Refugiados de 1951, com o Protocolo sobre o Estatuto dos Refugiados de 1967 e com as demais fontes do direito internacional dos refugiados:

I-Analisar o pedido e declarar o reconhecimento, em primeira instância, da condição de refugiado,

[...] V – orientar e coordenar as ações necessárias à eficácia de proteção, assistência e apoio jurídico aos refugiados” (Almeida, 2001, p.132).

Após a criação do CONARE, o ACNUR, em 30 de dezembro de 1998, retirou a sua missão do Brasil em função de reformas internas e diminuição de pessoal e de escritórios e devido, também, ao número reduzido de refugiados no Brasil. Até 2004, o ACNUR atuou como um assessor jurídico junto ao CONARE, posteriormente, retornando ao Brasil, passando a coordenar os programas de assistência, integração e proteção, bem como os recursos financeiros utilizados no atendimento aos refugiados no Brasil, e os contatos e negociações com o governo, participando das reuniões do CONARE, como membro efetivo, sem voto. (Jubilut, 2007, p.176,177).

Com o advento da lei interna, foi reforçada a parceria entre o ACNUR⁶⁰ e as Cáritas⁶¹ Arquidiocesanas das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro – entidades não governamentais ligadas à Igreja Católica – pelas quais os refugiados e os solicitantes de refúgio contam com o apoio em Centros de Acolhidas, dentro das três linhas de atuação

⁶⁰ A fim de fortalecer a legitimidade do trabalho de proteção aos refugiados além dos convênios entre a CASP e a CARJ com o ACNUR, foram assinados convênios tripartites para assistência Jurídica e Entrevistas para Refugiados e Solicitantes de Refúgio, entre o ACNUR, as Cáritas e a Ordem dos Advogados do Brasil, seções São Paulo e Rio de Janeiro, por meio das Comissões de Direitos Humanos (Jubilut, 2007, p.176).

⁶¹ A Cáritas exerce a função do ACNUR, em um exemplo de competência delegada (como dito, o ACNUR estabelece as regras e critérios para a ajuda, bem como fornece as verbas para tal, cabendo a elas a função de colocar essas diretrizes em prática). Elas atuam tanto nos aspectos sociais (como, por exemplo, habitação, alimentação, cursos de português, medicamentos, etc.) como contam com a participação da sociedade civil brasileira quanto a questões jurídicas (Jubilut, 2007, p.196).

do ACNUR (proteção, assistência e integração local), desde a sua chegada até após o seu reconhecimento (Jubilut, 2007, p. 196).

Até hoje, as Cáritas Arquidiocesanas de São Paulo (CASP) e do Rio de Janeiro (CARJ) permanecem responsáveis pelos Centros de Acolhidas para os Refugiados, nos quais realizam o acolhimento das pessoas, dando todo o aporte técnico-administrativo e de assistência social, visando auxiliar os refugiados em seu processo de integração local e em suas necessidades básicas (Jubilut, 2007, p.177).

1.2.3 Processo de solicitação de Refúgio

Inicialmente devemos sublinhar que o processo de solicitação de refúgio conta com o envolvimento de quatro organismos: o Comitê Nacional para Refugiados⁶² (CONARE), que juntamente com o ACNUR, Cáritas Arquidiocesana⁶³ e o Departamento de Polícia Federal (Jubilut, 2014, p.5).

Esse procedimento é gratuito e tem caráter de urgência⁶⁴, iniciando-se informalmente com uma solicitação, a qual posteriormente será transformada em um procedimento formal. Essa solicitação impede que o solicitante seja deportado para o território em que sua vida ou integridade física estejam ameaçadas, mesmo que a entrada no território nacional tenha sido ilegal (Brasil, 1997a).

Lei 9.474/97

[...] Artigo 7º - o estrangeiro que chegar ao território nacional poderá expressar sua vontade de solicitar reconhecimento como refugiado a qualquer autoridade migratória que se encontre na fronteira, a qual proporcionará as informações necessárias quanto ao procedimento formal cabível.

(Brasil, 1997a)

⁶² O Comitê Nacional para Refugiados (CONARE) é um órgão colegiado interministerial sob a coordenação do Ministério da Justiça. É responsável pela análise e reconhecimento da condição de refugiado, em primeira instância, e pelas declarações de cessação e de perda da condição de refugiado (CONARE, 2018).

⁶³ A Cáritas Arquidiocesana é uma organização não-governamental ligada à Igreja Católica e que atua em inúmeros projetos sociais, entre os quais a acolhida aos refugiados no Brasil, projeto que leva a cabo desde antes de existir uma política governamental sobre o tema. A acolhida aos refugiados ocorre hoje em dia com base em um acordo estabelecido com o ACNUR, nos escritórios da Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro e de São Paulo (Jubilut, 2014). Esta organização preparou uma cartilha para auxiliar aos solicitantes de refúgio, que está disponível no site da organização: http://caritas.org.br/wp-content/uploads/2013/09/CARTILHA_PARA_SOLICITANTES_DE_REFUGIO_NO_BRASIL_FINAL.pdf

⁶⁴ A Lei 9.474/97 prevê em seu artigo 47º que os processos de reconhecimento da condição de refugiado são gratuitos e terão caráter urgente (BRASIL, 1997a).

Em tese, de acordo com o texto legal, o primeiro contato do solicitante de refúgio com um órgão brasileiro para efetivar a solicitação de refúgio deveria ser feito junto à Polícia Federal nas fronteiras, mas, na prática, tal fato não é o mais corriqueiro. Na maioria das vezes, o solicitante chega a um dos Centro de Acolhida para Refugiados nos escritórios da Cáritas de São Paulo e Rio de Janeiro, muito em função do temor de se dirigir à polícia e de ser enviado para o território do qual fugiu ou, ainda, pelo desconhecimento do modo adequado para se iniciar a solicitação de refúgio (Jubilut, 2014, p.6).

A seguir, o solicitante é encaminhado à Polícia Federal, onde obtém o Termo de Declaração a ser lavrado pela Polícia Federal. Esse termo traz as razões pelas quais se está solicitando refúgio e as circunstâncias da entrada do solicitante no Brasil, além dos dados pessoais básicos do solicitante. Ele é relevante, não somente por iniciar formalmente o procedimento de concessão de refúgio, mas também por servir de documento para o solicitante até que seja expedido um Protocolo Provisório. Com esse protocolo, o solicitante de refúgio terá direito a obter carteira de trabalho e cadastro de pessoa física (CPF) e acessar todos os serviços públicos disponíveis no Brasil. O processo de solicitação de refúgio tem expectativa de julgamento em cerca de um ano, porém, a depender da complexidade, poderá tramitar em mais ou menos tempo (Cáritas, 2013).

Foto 2- Documento provisório do refugiado

FONTE: <http://migramundo.com/solicitantes-de-refugio-terao-novo-documento-provisorio-no-brasil/>

Lavrado o Termo de Declaração, o solicitante volta à Cáritas para preencher um questionário mais aprofundado com seus dados pessoais e motivação para a solicitação de refúgio, e para que seja marcada uma entrevista com um advogado. Uma vez preenchido o questionário, o mesmo é enviado ao CONARE para que seja expedido o mencionado Protocolo Provisório, que passa a ser o documento de identidade do solicitante de refúgio no Brasil até o término do procedimento de solicitação de refúgio. O procedimento nos Centros de Acolhida tem dupla função: permitir o acesso pelo solicitante de refúgio a programas de assistência e integração social e verificar se o solicitante é considerado refugiado pelo ACNUR, a fim de gozar da proteção internacional (Jubilut, 2014, p.8).

Em função da competência exclusiva do governo brasileiro em decidir sobre o pedido de refúgio no território nacional, o solicitante se submete a uma nova entrevista, desta vez com um representante do CONARE. Após essa segunda entrevista, o representante do CONARE a relata a um grupo de estudos prévios, formado por representantes do CONARE, do ACNUR e da Sociedade civil. Estes últimos baseiam seu posicionamento no parecer elaborado pelos advogados que atuam no convênio Cáritas/ACNUR/OAB. Esse grupo elabora um parecer recomendando ou não a aceitação da solicitação de refúgio, que será encaminhado ao plenário do CONARE, onde terá o seu mérito apreciado (Jubilut, 2014, p.9).

Caso seja acolhido o pedido de refúgio, o solicitante é comunicado da decisão, sendo agora um refugiado reconhecido pelo governo brasileiro, e será registrado junto à Polícia Federal, podendo então assinar o Termo de Responsabilidade⁶⁵ e solicitar o seu Registro Nacional de Estrangeiro (RNE)⁶⁶. No caso de ser negado o pedido de refúgio, há a possibilidade de recurso contra a decisão proferida, que pode ser elaborado pelo próprio solicitante e deve ser dirigido ao Ministro da Justiça, no prazo de 15 dias a contar do recebimento da notificação, a quem caberá decidir em última instância sobre a solicitação. Durante esse período, o solicitante pode permanecer em território nacional, gozando das prerrogativas do protocolo provisório (Cáritas, 2013).

⁶⁵ O termo de responsabilidade tem como conteúdo os deveres e direitos do refugiado. Até a decisão do CONARE, os solicitantes de refúgio se submetem à legislação de estrangeiro (na qual se destaca o Estatuto do Estrangeiro – Lei 6.815/80 (Jubilut, 2014, p.12).

⁶⁶ O RNE vem a ser a cédula de identidade permanente concedida a todos os estrangeiros residentes no país.

Se após o recurso for mantida a negativa, o solicitante ficará sujeito à nova Lei de Migração, em vigor desde 2017, Lei 13.445/17, que substituiu o Estatuto do Estrangeiro, editado em 1980, ainda na época da Ditadura Militar (BRASIL, 2017).

1.2.4 “Desnaturalizando” a receptividade nacional ao refugiado

Ao situarmos a questão do refúgio em uma perspectiva histórica, temos condições de empreender uma problematização sobre um discurso humanitário, ou seja, é possível constatar que, a despeito da representação em torno de uma ‘receptividade histórica’ de refugiados e imigrantes, a prática brasileira foi largamente ‘restritiva e seletiva’. Exemplarmente, apenas em 1989 o Brasil retirou a reserva geográfica que reconhecia com este *status* somente pessoas provenientes da Europa. Tal postura seletiva e restritiva variou conforme os interesses que moldaram a política interna e externa do país como a decisão por aceitar ou não refugiados. Isso porque esteve atrelada, até esse período, tanto à busca pela construção da identidade nacional, o que implicava na preferência por brancos europeus, vistos como mais ‘assimiláveis’ (no sentido biológico e sociocultural), quanto por mão-de-obra para a economia local, o que variou entre agricultores e técnicos especializados para a indústria (Carneiro, 1988).

Foi nesse contexto que o Estatuto do Estrangeiro de 1980, que, embora não fizesse qualquer referência à preocupação com a seleção de certos grupos raciais mais assimiláveis, seguiu atrelando a vinda de estrangeiros aos interesses políticos e socioeconômicos locais. Mais do que isso, lançada no contexto ditatorial, tal lei fortaleceu o discurso referente à ‘segurança nacional’, associando os estrangeiros às imagens da subversão e da periculosidade. Hamid (2012) questiona não apenas o discurso que afirma haver uma continuidade na forma como o país lidou com o tema do refúgio, supostamente marcada pela abertura e hospitalidade, mas também aquele que defende certa ruptura entre o passado e o presente, na qual este último seria caracterizado pelo total abertura aos refugiados. Apesar de reconhecermos o avanço na substituição do Estatuto do

Estrangeiro pela Lei de Migração⁶⁷, em 2017, devemos reconhecer que há muito que avançar⁶⁸.

Para Jubilut (2007, p.190), o maior mérito da legislação nacional de refúgio (Lei do Refúgio _ 9.494/ 1997) é o fato de adotar uma definição ampliada para refugiado, entendendo a grave e generalizada violação de direitos humanos como fator de reconhecimento do status de refugiado. Desse modo, vislumbra-se a vontade política de proteger as pessoas vítimas de desrespeitos aos seus direitos mais fundamentais, de forma a denotar uma solidariedade para com os demais seres humanos e uma consciência de responsabilidade internacional do Brasil⁶⁹.

A lei nacional é uma evolução do sistema internacional de proteção aos refugiados, inovando no estabelecimento de um procedimento claro e sistematizado, por meio da criação de CONARE, de análise de solicitações de refúgio, que combina as necessidades do governo e dos refugiados e expande as hipóteses de concessão de refúgio (Almeida, 2001, p.229). O Brasil passa de um país que apenas aceitava refugiados da Europa, que não reconhecia o ACNUR como uma organização internacional, que forçou os refugiados da região a serem reassentados em outras partes do mundo e seus próprios nacionais a pleitear status de refugiado no exterior, a um país receptor de refugiados e que propõe novas abordagens para a proteção de refugiados na América do Sul (Jubilut, 2006, p.39).

Segundo Andrade e Marcolini (2002), os pontos dessa lei que merecem ressalvas positivas são: o direito de reunião familiar, estendendo a concessão do refúgio aos demais membros da família do refugiado; o direito de trabalhar no país, mesmo aos indivíduos na condição de solicitante de refúgio, recebendo documento provisório de trabalho; e o princípio de não devolução e o da não punição devido à entrada irregular no território nacional.

⁶⁷ Em 2017, foi sancionada a nova Lei de Migração (Lei 13.445/17), que define os direitos e os deveres do migrante e do visitante no Brasil; regula a entrada e a permanência de estrangeiros e estabelece normas de proteção ao brasileiro no exterior. Essa lei substitui o Estatuto do Estrangeiro, editado em 1980, ainda na época da ditadura militar (BRASIL, 2017).

⁶⁸ De fato, a nova lei de Migração foi um grande avanço, acabando com o anacronismo do Estatuto dos Estrangeiros. Houve o abandono de um viés unicamente voltado para a defesa nacional e à proteção do trabalhador nacional que se estendia desde a época da ditadura militar em relação ao imigrante. Por outro lado, foram vetados, pelo Poder Executivo, 20 dispositivos da nova lei para a sua aprovação. Tais intervenções comprometeram os avanços da nova lei, sendo necessário que haja uma organização da sociedade civil (Oliveira, 2017; Mendes, Brasil, 2020).

⁶⁹ O Brasil foi o primeiro Estado da América Latina a adotar a grave e generalizada violação de direitos humanos como motivo de reconhecimento dos status de refugiado em uma lei doméstica (Jubilut, 2006, p.31).

Com relação às fragilidades dessa lei, segundo Jubilut (2006, p.40), temos: a falta de um prazo para o governo decidir os pedidos de refúgio; a falta de estipulação de direitos econômicos, sociais e culturais em sua legislação específica para refugiados; a falta de disposições para a determinação do estatuto de refugiado em caso de fluxo maciço de refugiados; o fato de o órgão ter a responsabilidade das primeiras decisões sobre refúgio - CONARE - está dentro do Poder Executivo do Estado, que pode levar a um viés político; o fato de o acesso ao sistema judicial não ser explicitamente declarado na lei específica para os refugiados, e a falta de políticas públicas para os refugiados.

Em suma, reconhecem-se as inovações da lei nacional que tem levado o país a ser apontado como um paradigma para a uniformização das práticas do refúgio na América Latina. Por outro lado, devemos reconhecer que temos que avançar no quesito integração local. Pois grande parte das ações empreendidas nos campos de recepção e da assistência ainda está sob a responsabilidade de organizações humanitárias sem **fins lucrativos**.

1.2.5 O cenário atual de refugiados no Brasil

Com relação ao panorama brasileiro, segundo dados divulgados pelo Ministério da Justiça e pelo CONARE (2020), na 5ª edição do relatório “Refúgio em Números”, o Brasil reconheceu até o final de 2019 um total de 21.515 refugiados de diversas nacionalidades. Quando comparamos os dados nacionais com os mundiais, percebemos a necessidade de relativizar sua análise.

Quadro 1. Panorama Mundial e Nacional – Número de Refugiados

BRASIL (2019)	MUNDO (2019) ⁽²⁾
REFUGIADOS RECONHECIDOS ⁽¹⁾	REFUGIADOS RECONHECIDOS ⁽²⁾
21.515 mil	26 milhões ⁽²⁾

FONTE: (1) Ministério da Justiça e CONARE (2020)

(2) ACNUR – Global Trends, Forced Displacement (2020)

Para evidenciar essa proporcionalidade tomaremos como exemplo o Líbano, país que tem pouco mais de 4 milhões de habitantes, e possui em torno de 900.000 mil refugiados (ACNUR, 2020), o que significa 22,5% de sua população. Por outro lado, o Brasil tem em torno de 207 milhões de habitantes e possui 21.515 refugiados, o que representa apenas 0,01% de sua população. Devemos ressaltar também a diferença da dimensão territorial dos dois países, equivalendo o Líbano ao Estado de Sergipe, que é nosso menor estado. Desse modo, evidencia-se o insignificante impacto populacional do contingente de refugiados no Brasil.

Portanto, a preocupação de que esteja ocorrendo uma “invasão” de refugiados no Brasil não é confirmada pelos números. Isso não significa que não se reconheça uma tendência de elevação em seu número no país nos últimos 10 anos, com um aumento de aproximadamente 300%.

Gráfico 1– Refugiados reconhecidos no Brasil (2007-2018-2019)

FONTE: Elaboração própria com base em dados do Ministério da Justiça e do CONARE (2018, 2019, 2020)

Por outro lado, com relação ao número de solicitações de refúgio, tivemos em 2019 mais de 80 mil pessoas demandando o reconhecimento dessa condição no Brasil. Esse número por si só é bastante expressivo, tornando-se mais relevante ao compará-lo⁷⁰

⁷⁰ Se analisarmos o período entre 2010 e 2015, constatamos que houve um aumento de 2.868 %, passando de 966 em 2010 para 28.670 em 2015. A seguir, houve uma acentuada queda no ano de 2016 e um novo crescimento no ano de 2017, com uma elevação ainda mais significativa em 2018, atingindo 80.057 pedidos (CONARE, 2019).

com os 1.000 pedidos de 2010. Devemos sublinhar que todas as solicitações são submetidas a um processo de análise junto ao CONARE, sendo possível que o órgão esteja tendo dificuldade⁷¹ para atender a demanda, e que o investimento do governo federal no sentido de torná-lo ágil não seja efetivo. Além disso, o Estatuto do Refugiado não estabelece um prazo para que esta resposta seja dada, sendo essa uma das críticas feitas ao processo de reconhecimento da condição de refugiado.

Gráfico 2 – Solicitações de reconhecimento da condição de refugiado (2010 -2018-2019*)

FONTE: Elaboração própria com base em CONARE (2016, 2017, 2018, 2019⁷²)

*Incluindo solicitações feitas por haitianos e venezuelanos

Quanto à origem dos solicitantes de refúgio em 2018, com relação à nacionalidade desse restrito⁷³ grupo de pessoas que foram reconhecidas como refugiadas no Brasil até 2018⁷⁴, os sírios representam 40%, seguidos dos nacionais da República Democrática do Congo⁷⁵, com 14% (CONARE, 2019).

⁷¹ Para exemplificar, até dia 2 de janeiro de 2019, segundo a Polícia Federal, havia 161.057 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado em trâmite. Para termos uma ideia do ritmo da análise dessas solicitações, em 2018, o CONARE analisou apenas 13.084 processos (CONARE, 2019).

⁷² Ao analisarmos as quatro edições do relatório “Refúgio em Números” produzido pelo CONARE, constatamos uma divergência na última edição. Na 4ª edição (CONARE, 2019) os dados referentes às solicitações de refúgio de 2011 e 2012 estão diferentes das edições anteriores, constando, respectivamente, 3.538 e 4.282 solicitações, enquanto nas edições anteriores constam 3.220 e 4.022, respectivamente.

⁷³ Outro dado digno de nota é que, das onze nacionalidades listadas como mais representativas das pessoas refugiadas no Brasil, cinco são africanas (República Democrática do Congo, Mali, Angola, Guiné-Conari e Camarões), expressando a relevância do continente africano como origem de refugiados que buscam o país.

⁷⁴ Se analisarmos apenas o ano de 2018, também os sírios (51%) e congoleses (17%) foram os principais grupos (CONARE, 2019).

⁷⁵ Com relação aos congoleses, sua vinda decorreu de uma década marcada pela instabilidade política em seu país. Um dos marcos desse período foi o ano de 2014, no qual o então presidente Joseph Kabila, que havia assumido o poder em 2001 após a morte de seu pai e predecessor no cargo, buscou estender seu mandato para além do limite constitucional, estabelecido para 2016. Como reação, tiveram início os primeiros protestos populares, principalmente na capital Kinshasa, que se intensificaram nos anos que se seguiram,

A presença do imigrante sírio no Brasil data do final do século XIX (Alvares, 2017). Porém, a sua chegada mais recente se dá na condição de refugiado⁷⁶, ou seja, alguém que foi forçado a fugir da guerra civil deflagrada em seu país desde 2011, determinando o maior fluxo de deslocamentos forçados no mundo. Segundo Calegari e Justino (2016, p.2), o aumento do número de refugiados sírios no Brasil está amplamente relacionado a políticas⁷⁷ migratórias que facilitam a emissão de visto para essa população.

Gráfico 3 - Pessoas refugiadas reconhecidas no Brasil, por nacionalidade (2011-2018)

FONTE: CONARE (2019)

Com relação à origem dos solicitantes de refúgio em 2019, predominam os venezuelanos (65,1 %), seguidos pelos haitianos (20,1%)(CONARE, 2020).

sendo duramente reprimidos pelo governo (Amnesty International, 2017; Lima, Muñoz, Amaral, 2017, p.101,102). Kabila deixou a Presidência apenas em janeiro de 2019, após finalmente se levarem a cabo eleições nacionais, postergadas reiteradas vezes desde 2016. O pleito, contudo, não deixou de estar sob suspeita por parte de organismos como a União Africana (BBC, 2019), ainda que isso não tenha culminado em uma reversão dos resultados finais. De qualquer forma, a perseguição política ou o receio de sofrê-la durante todo esse período de instabilidade está entre as motivações que levaram alguns congoleses a buscar refúgio no Brasil.

⁷⁶ O caso dos sírios suscita a discussão da diferença entre os conceitos de “imigrante” e “refugiado”, tanto no espaço acadêmico como nas agências governamentais. Segundo Fortunato (2019), serão os atores relacionados com o poder de decisão, a reflexão e o planejamento prévio que diferenciarão o imigrante do refugiado. A urgência da situação não permite que o refugiado planeje sua partida, tratando-se de uma fuga.

⁷⁷ Para exemplificar, a Resolução Normativa nº 17/2013 emitida pelo CONARE estabeleceu que poderá ser concedido, por razões humanitárias, o visto apropriado a indivíduos afetados pelo conflito armado na República Árabe Síria que manifestem vontade de buscar refúgio no Brasil (BRASIL, 2013).

Gráfico 4 - Países de origem dos solicitantes de refúgio em 2018

FONTE: CONARE, 2019

Jubilut (2006) sinaliza para a ausência de correspondência direta entre as nacionalidades que predominam entre as solicitações e aquelas que têm suas solicitações aceitas, como é o caso dos haitianos e venezuelanos. A elegibilidade⁷⁸ desses pedidos estará sujeita a análise pelo CONARE, e um fato que pode comprometer essa análise é o fato desse órgão estar inserido no Poder Executivo do Estado, o que pode levar a um viés político nas decisões finais.

Com relação aos haitianos, após o terremoto de 2010, muitos começaram a chegar ao Brasil, solicitando refúgio. As autoridades federais justificaram a negativa⁷⁹ a essas solicitações no fato de serem deslocados ambientais, argumentando que a lei federal nº 9.474/97, não reconhece essa categoria. Sendo assim, eles receberam o visto humanitário⁸⁰ (Jubilut, Madureira, 2014).

Entretanto, além da conjuntura⁸¹ histórica, política e econômica determinante para os déficits estruturais do Haiti, impedindo o desenvolvimento da população que

⁷⁸ Entre as atribuições do CONARE está a de julgar em primeira instância os pedidos de refúgio, ou seja, realizar o processo de elegibilidade pelo qual se reconhece o estatuto de refugiado (BRASIL, 1997A).

⁷⁹ O CONARE não enquadrou os haitianos como refugiados, com base no artigo 1º do Estatuto dos Refugiados, e encaminhou a demanda para o CNIG (Conselho Nacional de Imigração⁷⁹), que emitiu a Resolução Normativa nº 97, permitindo a concessão de visto com caráter humanitário aos haitianos, previsto no Estatuto do Estrangeiro, Lei nº 8.815/1.980, em função do agravamento das condições de vida no país após o terremoto em 2010. Apesar disso, entre 2010 e 2018 computaram-se 59.273 solicitações de refúgio por parte dos haitianos e somente dois deles foram considerados refugiados (CONARE, 2018, 2019). Segundo a Polícia Federal e o CONARE, apenas dois nacionais do Haiti foram reconhecidos como refugiados no Brasil, um em 2008 e outro em 2016.

⁸⁰ Foi intensa a discussão acerca da classificação dos haitianos e a interpretação da sua condição sob a ótica da definição do refúgio. Destacam-se alguns trabalhos acadêmicos que criticaram a concessão de visto humanitário aos haitianos que, diante da sua condição, deveriam ter sido enquadrados como refugiados (Ventura, 2016).

⁸¹ O Haiti é um país caracterizado por um grande fluxo emigratório, justificado principalmente por sua trajetória de independência da França no início do século XIX. Tem sua história marcada por uma sucessão de eventos e processos que contribuíram para o

enfrenta grandes desafios no acesso aos direitos e serviços públicos básicos, os surtos de cólera, as inundações, os terremotos e os furacões são fatores que agravam o quadro. Sendo assim, o terremoto de 2010 comprometeu ainda mais a frágil estrutura básica mínima do Haiti (Desrosiers, 2020)⁸², resultando na saída de muitos nacionais do país.

Atualmente, os venezuelanos seguem sendo os principais solicitantes de refúgio, tendo, em 2019, mais de 230 mil ingressado no Brasil⁸³ por via terrestre, mais precisamente pelas fronteiras de Roraima, estado brasileiro que faz fronteira com a Venezuela. A fuga dessa população é uma decorrência direta da instabilidade política, econômica e social decorrente da crise que a Venezuela vem enfrentando há anos, o que provocou a emigração de mais de 4,5 milhões de pessoas até o final de 2019, de acordo com dados do ACNUR (ACNUR, 2020; Baeninger, 2012, p.11-12).

O caso dos venezuelanos é um dos que mais têm suscitado debates acerca da dificuldade⁸⁴ em se classificar movimentos migratórios exclusivamente como forçados ou voluntários. Isto porque sua imigração é composta por elementos tidos como de motivação econômica, em virtude especialmente da recessão e da escassez de alimentos, medicamentos e bens de necessidade básica, assim como também de fuga devido à perseguição política e à violação de direitos humanos.

O efetivo suporte⁸⁵ por parte do Estado brasileiro a essas pessoas é frágil, de modo que o clima em Roraima é de hostilidade, fruto de uma postura de omissão pelo governo federal, como podemos ver expressa na manchete abaixo.

agravamento das condições de vida e situação econômica no país desde então. Os embargos sofridos e os pagamentos de indenizações à França acordados no processo de independência, sucedidos por crises de instabilidade política, ocupações, guerras civis e até catástrofes naturais justificam sua vulnerabilidade. Os resultados e impactos desses acontecimentos foram se acumulando no decorrer da história e compõem os principais elementos que justificam a atual situação do país – uma população com 10,1 milhões de pessoas, sendo que 70% vive com menos de US\$ 2,4 por dia (Banco Mundial, 2020).

⁸² Após o terremoto, 45 mil pessoas ficaram sem acesso a eletricidade e 500 mil deixaram a capital Porto Príncipe para outras regiões do país.

⁸³ Os principais destinos dos Venezuelanos são a Colômbia, o Peru e o Chile, que, entre 2015 e 2019, receberam, respectiva e aproximadamente, 1,5 milhão, 850 mil e 370 mil venezuelanos (OIM, 2019).

⁸⁴ Por esse motivo, os dados referentes aos deslocados forçados da Venezuela passaram a ser divulgados separadamente pelo ACNUR desde 2019, como “venezuelanos deslocados no estrangeiro” (em inglês, Venezuelans displaced abroad) (ACNUR, 2020).

⁸⁵ Inicialmente, em 2017, o CNIg aprovou a Resolução Normativa nº 126, de 02/03/2017, a qual dispõe sobre a concessão de residência temporária a nacional de país fronteiriço com o objetivo de estabelecer políticas migratórias que garantam o respeito integral aos direitos humanos dos migrantes e seu pelo acesso à justiça, à educação e à saúde (BRASIL, 2017a). Contudo, em resposta à intensificação do fluxo, no início de 2018 foi criada a “Operação Acolhida” pelo governo federal com intuito de coordenar, com o apoio de agências humanitárias internacionais e entidades da sociedade civil, a assistência prestada a esses imigrantes que chegam pela região norte do Brasil e a interiorização para outras localidades do país. Por outro lado, apenas 18 nacionais da Venezuela foram reconhecidos como refugiados no Brasil, 4 em 2015 e 14 em 2018 (Baeninger, Silva, 2018).

Figura 3- Manchete do jornal “Folha de São Paulo”

VENEZUELA

Eles nos expulsaram como cachorro, diz imigrante venezuelana em Roraima

Yineth Manzol e seus três filhos ficaram sem nada após confronto na cidade de Pacaraima

FONTE: Folha de São Paulo-19/08/2018

Em suma, o delineamento de um panorama do refúgio no Brasil não é tarefa fácil, sobretudo porque os dados fornecidos pelo CONARE são incompletos e de difícil manuseio. Além disso, evidencia-se de modo incontestável uma grande lentidão na tramitação dos processos e questões políticas envolvidas nesse manejo.

Fortunato (2019, p.23,24) e Fernandes e Faria (2017) chamam atenção para o fato de que a chegada dos sírios e haitianos, a partir de 2010 e 2011, respectivamente, tensionaram, no meio acadêmico e institucional, discussões a respeito da política migratória brasileira, diante das particularidades desses dois fluxos, e as intencionalidades internas do modo como foram e são manejadas.

1.2.6 Distribuição por estado e cidade e perfil socioeconômico e demográfico

Quanto ao perfil demográfico dessa população, há um predomínio de homens (48%), em faixa etária economicamente ativa, entre 18 e 49 anos (ACNUR, 2019c⁸⁶), tendo a grande maioria (83%) entrado no Brasil após 2010. Quanto à escolaridade, 34% concluíram o ensino superior ou chegaram a cursar pós-graduação e 49% terminaram o Ensino Médio. Mais da metade trabalha (57%), porém, 25 % estão fora do mercado de trabalho. O principal obstáculo na busca por emprego é a falta de domínio do idioma e o preconceito do empregador

Com relação à renda familiar, em 79% dos refugiados pesquisados é inferior a R\$ 3 mil, sendo que 95% deles vivem com até R\$ 1 mil. Metade dos entrevistados (49,9%) envia recursos a seus familiares ou, então, recebe deles para poder sobreviver. No que se refere à utilização de serviços públicos, os serviços públicos de saúde são os mais utilizados por esta população (91% do total da amostra), seguidos dos serviços educacionais (41%) e de assistência social (19%). De todos os que responderam, 34% contribuem para a Previdência Social e, destes, 14% já precisaram de algum serviço, como seguro-saúde ou licença-maternidade.

Cabe sublinhar que 63% das solicitações de refúgio feitas em 2018 deram entrada pelo estado de Roraima, seguido pelo estado do Amazonas, com 13% das solicitações, e São Paulo, com 12%. (CONARE, 2019). Dos 3.809 solicitantes de refúgio para o estado de São Paulo, 3.276 eram para a cidade de São Paulo, seguidos por Campinas (218) e Guarulhos (178). Portanto, a cidade de São Paulo concentra o maior número de pessoas na condição de solicitante de refúgio no Brasil (CONARE, 2018). Possivelmente em função do fato da cidade de São Paulo ter uma alta concentração de organizações não-governamentais que desenvolvem ações de apoio a pessoas em situação de refúgio.

⁸⁶ Esta pesquisa foi comandada pela Universidade Federal do Paraná, a pedido do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, resultando a UFPR no *Perfil Socioeconômico dos Refugiados no Brasil*. Essa pesquisa fez uso de uma amostra de 487 entrevistados em 14 cidades de oito estados, onde se concentra o maior número de refugiados no país: São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais, Distrito Federal e Amazonas. Os venezuelanos e haitianos não foram incluídos nessa pesquisa (ACNUR, 2019c).

Mapa 1 _ Solicitação da condição de refugiado por estado – 2018

FONTE: Polícia Federal, Secretaria Nacional de Justiça, Ministério da Justiça e CONARE (2019)

Dos 10.145 refugiados reconhecidos no Brasil em 2017, 5.134 residiam no território nacional, sobretudo nos estados de São Paulo (52%), Rio de Janeiro (17%) e Paraná (8%). Os sírios representam 35% da população com registro ativo no Brasil (CONARE, 2018)⁸⁷.

⁸⁷ A 4ª edição de “Refúgio em números” do CONARE, de 2019, não divulgou a atualização desses dados.

Gráfico 5 - Distribuição dos refugiados por estados de residência

FONTE: Polícia Federal, Ministério da Justiça, CONARE (2018)

Com relação à distribuição dos refugiados na cidade de São Paulo, a partir do georreferenciamento de todas as pessoas em situação de refúgio assistidas pela instituição em 2018, podemos ter uma primeira aproximação dessa informação. Observou-se que a dinâmica de distribuição interna na capital paulista acompanha a lógica de acesso à moradia na metrópole, com uma maior concentração na Zona Leste e região central, áreas que convergem valor de aluguel e infraestrutura de serviços especializados mais acessíveis à população refugiada. Esta região concentra também áreas de comércio formal e informal tradicionalmente realizados por imigrantes e refugiados.

Mapa 2 - Distribuição dos refugiados na cidade de São Paulo - 2018

FONTE: CÁRITAS (CASP). “Relatório de Georreferenciamento de Pessoas em Situação de Refúgio Atendidas pela Caritas Arquidiocesana de São Paulo em 2018”. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/10/Relat%C3%B3rio-mapeamento-Caritas-Final-Agosto19.pdf>

CAPÍTULO 2

A CIDADE DE SÃO PAULO: DOS IMIGRANTES SUBSIDIADOS AOS REFUGIADOS

A cidade de São Paulo é uma das que mais recebem pessoas em situação de refúgio no Brasil. A região central da cidade é um local de especial concentração dessa população e, além disso, constitui historicamente um microcosmo no qual observaremos movimentos migratórios que se dão a partir de perspectivas diversas. Iniciaremos nossa análise no final do século XIX, chegando aos dias de hoje, buscando encontrar rupturas e permanências nesse processo.

Além disso, paralelamente, observaremos que a forma como se estabeleceram, ao longo do tempo, os diferentes modelos de organização tecnológica das práticas de saúde na cidade de São Paulo, variou de acordo com os interesses que moldaram a política interna e externa do país (Mendes-Gonçalves, 1994, p.113), nem sempre interessados em atender as reais necessidades de cuidado da população. Inspirados por Ginzburg (2006, p.157; 2013), buscaremos indício, vestígios e pistas que nos indiquem a interação entre as diferentes organizações das práticas de saúde e a imigração nessa cidade, a cada tempo.

2.1 Campanhas e Polícia Sanitária para Sanear a Cidade e os Imigrantes

Começaremos, então, no final do século XIX, com o fim do tráfico de escravos e a posterior abolição da escravidão, quando a elite cafeeira se vê diante da necessidade de mão de obra para a cafeicultura do oeste paulista. Em função disso, implementa-se um programa de imigração subsidiada⁸⁸, trazendo imigrantes europeus para o Brasil. Essa

⁸⁸ Para esse fim, funcionou em São Paulo no período de 1886 a 1896, a Sociedade Promotora de Imigração, órgão estatal que regulou todo o processo de subvenção. A Promotora firmava contratos com Companhias de Navegação para o transporte marítimo dos imigrantes, alocava agentes em países onde era de interesse contatar os imigrantes e preparar a documentação necessária para o deslocamento. Também ficava a cargo da Promotora a divulgação das condições favoráveis para migrar ao Brasil, entre outras tantas atribuições (Gonçalves, 2008).

seria também uma solução para extinguir “más características” – como a apatia e a indolência determinadas pela cor negra de seu povo –, camuflando o fato de que o atraso brasileiro em relação às outras nações se pudesse dever ao seu passado de práticas econômicas e sociais de caráter escravista (Hasenbalg, 2005, p.247). O trabalhador livre nacional era marginalizado, pois pairava sobre ele a pecha de indisciplinado e “ocioso” (Ribeiro, 1993, p.16). Esses projetos de imigração revestiam-se, portanto, de um caráter ideológico, defendendo a ideia de que as incorporações de elementos étnicos superiores, de origem europeia, resultariam, pela miscigenação, em um “branqueamento” da população mestiça brasileira, possibilitando uma limpeza racial, segundo o pensamento sanitário e eugênico, basicamente paulistano e carioca, nas primeiras décadas do século XX (Mota, 2003).

A vinda dos imigrantes ao Brasil na segunda metade do século XIX foi, para as concepções eugênicas, de extremo valor. Isso porque era depositado no estrangeiro, principalmente no europeu, um enorme dispositivo a ser usado na “fabricação do brasileiro ideal” (Mota, 2003, p.69).

Dessa forma, se deu a chegada de imigrantes europeus ao porto de Santos, inicialmente com predomínio de italianos, que eram levados de trem até a região central da cidade de São Paulo e instalados na Hospedaria do Imigrante, localizada no bairro do Bom Retiro⁸⁹, inaugurada em 1882. Porém, como observou Santos (2008), se nem todos eram italianos, somava-se a eles um grande contingente de pobres nacionais (pretos, pardos, mestiços, caipiras e caboclos, etc.). Dessa forma, os nacionais e os imigrantes compartilhavam os mesmos espaços de moradia, trabalho e exclusão dentro desse modelo e, portanto, habitavam os bairros populares da cidade⁹⁰.

⁸⁹ A Hospedaria do Imigrante do Bom Retiro foi a segunda Hospedaria na cidade de São Paulo. A primeira Hospedaria de Imigrantes na cidade de São Paulo – Hospedaria de Sant’Ana – foi instalada no bairro de Santana, na zona norte da cidade, onde funcionou entre 1878 e 1880, e constituiu a primeira tentativa de sistematizar e racionalizar os serviços de recepção, hospedagem e encaminhamento dos imigrantes que chegavam. Entre 1880 e 1882, os imigrantes se alojavam em vários lugares, entre eles o Areal, que era um rancho às margens do rio Tamanduateí e a Mançom d’Ouro, uma pousada no bairro da Luz (Paiva, 2000, p.8; Paiva, 2008, p.20).

⁹⁰ Nesse cenário, o bairro do Bom Retiro, na região central da cidade de São Paulo, constitui uma paisagem única, marcada pela presença de diversas etnias, constituindo um microcosmo social que recebeu, ao longo de sua história, grandes contingentes de imigrantes com características culturais bastante particulares (Truzzi, 2001).

Tabela 3 - Distribuição por nacionalidade de imigrantes no porto de Santos, 1882 - 1891

NACIONALIDADE	NÚMEROS
Italianos	202.503
Portugueses	25.925
Espanhóis	14.954
Alemães	6.196
Austríacos	4.118
Russos	3.315
Franceses	1.922
Dinamarqueses	1.042
Belgas	851
Ingleses	782
Suecos	685
Suíços	219
Irlandeses	201
Outros	483
Total	263.196

FONTE: Morse (1970, p.241)

Com relação às condições sanitárias no oeste paulista e na cidade de São Paulo, a situação era insatisfatória e colocava em risco a expansão cafeeira e a política de imigração em massa. Na cidade de São Paulo havia falta de habitação, falta de água salubre e de esgoto, elevada mortalidade infantil, tuberculose e epidemias de febre tifoide (Ribeiro, 1993, p.26). Diante da ameaça⁹¹ de ver interrompida a chegada de imigrantes europeus e buscando alcançar a desejada construção de uma nacionalidade branca, tendo São Paulo como exemplo de desenvolvimento econômico, social e racial, era necessário sanear a cidade, pois as condições sanitárias da província eram ruins; e para isso, as intervenções das instituições médico-sanitárias paulistas, a partir de 1892, foram de grande utilidade e importância (Mota, 2005, p.15).

Nesse contexto, no início da República (1889) instituiu-se o primeiro modelo tecnológico na saúde pública paulista, inicialmente respaldado por práticas de desinfecção oriundas da teoria miasmática⁹², até então reconhecidas como as mais

⁹¹ O grande sinal de alerta foi quando, em 1886, as autoridades italianas passaram a não recomendar que seus habitantes emigrassem para o Brasil, principalmente para a província de São Paulo, qualificada de inóspita e insalubre (Ribeiro, 1993, p.26).

⁹² A teoria miasmática consiste basicamente em limpar o espaço urbano, desinfetar, praticar uma higiene “desodorizante” que tenta proteger o ar das emanções e fedores provenientes das coisas. O miasma podia estar presente em tudo: multidões, excrementos humanos e animais, solos úmidos, pântanos, habitações mal construídas, cadáveres, hospitais, gente doente, doenças, água suja etc.

eficazes, e que foram gradualmente substituídas pelas descobertas científicas baseadas na teoria bacteriológica⁹³, revolucionando o pensamento sanitário da época. As ações se apoiavam em campanhas e na polícia sanitária, sendo o Desinfectório Central um marco desse modelo, que, inicialmente dividiu com a Hospedaria do Imigrante o exíguo espaço no sobrado onde foi instalado no Bom Retiro. A rotina desse serviço era a de desinfetar instalações sanitárias em prédios públicos e privados, ralos, bocas de lobo, ruas e praças públicas, fazendo também a remoção de mortos e o isolamento dos doentes. Os imigrantes eram os mais visados nas desinfecções, pois fazendeiros paulistanos iriam até a Hospedaria do Imigrante para contratá-los (Ribeiro, 1993). Gambeta (1988, p.58) ressalta o duplo papel da Hospedaria, que servia como mercado restrito de mão de obra e também para isolamento sanitário, uma vez que haveria o risco de mútua contaminação entre a população da cidade e os imigrantes, o que deixava a Hospedaria sob permanente vigilância.

Foto 3 - Desinfectório Central - 1910

FONTE: Museu de Saúde Pública Emílio Ribas

Na referida teoria, quando um solo era denunciado como insalubre (perigoso), ele devia logo ser drenado a fim de torná-lo inofensivo para os seus arredores. As ruas deveriam ser pavimentadas para isolar a sujeira e para que a lavagem do solo fosse facilitada. Limpar significa muito mais do que simplesmente lavar, drenar. O ideal era assegurar o escoamento, a evacuação, a eliminação da imundície (Mastromauro, 2011, p.3).

⁹³ Os estudos sobre as bactérias começaram a partir de 1850, mas só encontraram respostas definitivas a partir de 1880, o que não significa que a bacteriologia tenha sido rapidamente aceita e absorvida pelos médicos. Estes ainda viam na teoria dos miasmas a explicação para as doenças – considerando os locais insalubres como os focos das epidemias. Os miasmas dominavam o terreno científico, e foram necessários anos de estudo para que a bacteriologia se firmasse como ciência absoluta. Em São Paulo, tem-se a criação do Laboratório Bacteriológico em 1893, que se encarregava do estudo de microbiologia em geral, e especialmente o estudo da etiologia das epidemias e endemias – e que foi influenciado pela escola francesa do bacteriologista Louis Pasteur. A teoria miasmática estava enraizada na Europa, e muitos tinham sido os estudos e as teorias que se fizeram em torno dela (Mastromauro, 2011, p.9).

Portanto, a economia cafeeira, ou melhor, o surgimento de situações que ameaçavam a competência dessa economia foi responsável pela implantação de todo um aparato de saúde pública em São Paulo, diante do risco de atingir em cheio o processo de imigração⁹⁴ (Castro Santos, 1993; Ribeiro, 1993).

Ao mesmo tempo, a imigração estrangeira chegou a ser apontada como a causa da sujeira e a imoralidade nos cortiços da cidade. A solução recomendada era a construção de vilas operárias ou familistérios, sempre afastados do centro da cidade, onde pudessem viver os trabalhadores desalojados dos cortiços, alvo das ações higienistas da época (Telarolli Jr. 1996, p. 141).

Portanto, essa política estatal, preocupada em esquadrihar a cidade, era marcada pela ausência de uma política estatal de prestação de assistência individual à saúde, sendo esta de responsabilidade individual, dependendo dos recursos financeiros de cada um e, na ausência destes, de um reduzido leque de hospitais filantrópicos. O recurso aos curandeiros era generalizado, e a maioria dos partos⁹⁵ na capital paulista e no interior do estado era realizado por parteiras práticas (Telarolli Jr., 1996, p.30,59).

Diante das condições existentes, a numerosa colônia italiana buscou organizar-se em torno de beneficência e de mútuo socorro, possibilitando a vinda de um número significativo de médicos italianos, que se reuniram em Sociedades de Mútuo Socorro e Associações. Na primeira década do século XX, a beneficência italiana tornou-se bastante significativa numericamente em relação às demais. Uma publicação do Departamento de Trabalho dá conta da existência de um total de 392 entidades beneméritas em São Paulo, em 1912. Dessas, 111 são estrangeiras, sendo 77 italianas, 14 portuguesas, 13 espanholas, 4 sírio-libanesas, 2 alemãs e uma francesa (Boletim do Departamento de Trabalho⁹⁶, 1912 apud Salles, 2007, p.83). Dessa forma, a Sociedade Italiana de Beneficência, em São Paulo, inaugurou o Hospital Humberto I em 1º de janeiro de 1905, com forte apoio, inclusive financeiro, da comunidade (Hutter, 1987, p.178).

⁹⁴ O fato de que em 1893 os estrangeiros representavam 54,6% da população da cidade de São Paulo é bastante expressivo (Hall, 2004, p.122).

⁹⁵ Segundo Telarolli Jr. (1996, p.59), no período entre 1901 e 1909, o percentual de partos domiciliares na cidade de São Paulo ficou entre 97,4 % e 96,4%, enquanto nas cidades do interior paulista variaram entre 99,7% e 99,6%.

⁹⁶ Boletim do Departamento Estadual do Trabalho. São Paulo, Secretaria da Agricultura, Comércio e Obras Públicas do Estado de São Paulo. 1912;1(3).

Dessa forma, a cidade de São Paulo chega a 1893 com os estrangeiros compondo 54,6% de sua população, constituindo uma das maiores cidades de imigrantes do mundo. Porém, no decorrer dos próximos anos, essa composição se reduz progressivamente (Hall, 2004, p.122).

2.2 A Política Anti-Imigrantista e a Educação Sanitária

A cidade de São Paulo do início do século XX, mesmo com o término da imigração subsidiada, chegou a 1920 com 35% de estrangeiros em sua composição (Hall, 2004, p.22). Além disso, o franco desenvolvimento industrial da cidade resultava na formação de um expressivo proletariado⁹⁷ urbano-industrial (Ribeiro, 1993; Telarolli Jr., 1996), insatisfeito com um modelo tecnológico excessivamente autoritário, que não oferecia assistência médica individual à saúde e não condizia com o novo perfil da sociedade paulista (Mendes-Gonçalves, 1994, p.113).

Nesse contexto, inicia-se, em 1925, o segundo modelo tecnológico na Saúde Pública Paulista, mais conhecido como Reforma Paula Souza⁹⁸ (Campos, 2002). Essa reforma incorporava o modelo americano de ações médico-sanitárias⁹⁹, para o qual o principal fator causal dos processos de adoecimento estaria centrado no indivíduo, o que exigia ações educativas capazes de “civilizar” a sociedade. Desse modo, muitas ações do modelo anterior foram paulatinamente diluídas em “ações educativas”. A educação sanitária buscava criar uma “consciência sanitária”, sobretudo através de ações educativas com as mães, com noções de puericultura. (Mendes-Gonçalves, 1994, p.113).

Com relação à assistência médica individual, Mendes-Gonçalves (1994) ressalta o fato de que esse modelo a introduziu, não na escala ampliada que assumiria anos depois, e sim enquanto parte de um projeto de trabalho concebido sobre o coletivo, como no caso de controle de doenças infecciosas ou em ações de cunho eugenista, com um caráter

⁹⁷ Segundo Bertucci (1997), o proletariado industrial se apropriou de concepções oriundas do discurso normativo do saber técnico-científico – construído para moldá-los à disciplina da fábrica – para compor seu discurso de luta por melhora das condições de vida da população pobre e proletária de São Paulo.

⁹⁸ Geraldo Horácio de Paula Souza nasceu em 1889 e realizou seus estudos nos Estados Unidos, na Escola de Higiene da John Hopkins University, em Baltimore, e em 1925 implantou o segundo modelo tecnológico na Saúde Pública Paulista (Campos, 2002).

⁹⁹ A aproximação da Fundação Rockefeller (uma das maiores e mais antigas instituições filantrópicas norte-americana) da rede estadual de instituições médicas e de saúde apoiadas na corporação médica paulista resultaram na conformação do novo modelo de intervenção sanitária que seria adotada a partir de 1920 (Faria, 2002).

assistencial sanitário. No caso de doenças não passíveis de tratamento educativo de higiene, os pacientes seriam encaminhados para a Santa Casa.

Segundo Castro Santos e Faria (2010, p.156), a Reforma Paula Souza tinha a intenção de atingir tanto a população imigrante urbana quanto a mão de obra imigrante das áreas interioranas, sobretudo cafeicultoras. Essa Reforma, de viés eugênico¹⁰⁰, refletia também uma forte preocupação, vigente na época, com a intensidade do fluxo migratório para o estado de São Paulo. Um posicionamento anti-imigrantista já era identificado desde a década de 1920 e aprofundou-se com as alterações políticas trazidas com o movimento de 1930, expresso nas leis de restrição para grupos indesejáveis¹⁰¹, as quais tinham a aparência de um dispositivo de “proteção nacional” (Mota, Schraiber, 2009a).

A presença do discurso eugênico ligado à atuação do Centro de Saúde é evidenciada no texto produzido em 1926 pelo pediatra Adamastor Cortez, em sua tese de doutorado sobre os Centros de Saúde em São Paulo.

Da educação higienica depende incontestavelmente a elevação do nível moral e physico da nossa raça e a formação de um povo viril e são. E para tanto não se requer grande sacrifício. Um pouco de boa vontade, escolha criteriosa de educadores adrede preparados – eis tudo. A consciência sanitaria, uma vez formada, jamais desaparecerá e antes se perpetuará pelas gerações vindouras, porque produzirá benefícios (Cortez, 1926, p.24).

Além disso, a questão da hygiene das creanças affecta não só o indivíduo em si como a Nação, porque ellas serão os homens de amanhã, a quem serão entregues o futuro da pátria e os destinos de uma geração; a ellas se prende a economia nacional, porque são factores de trabalho e de actividades que engradecerão o Brasil; a ellas se relacionam a nossa independência economica e social, pois diminuindo-se a mortalidade infantil, a população crescerá, diminuindo, por desnecessaria, a immigração (Cortez, 1926, p.48) (grifo da autora).

Segundo Marques (2017), ao analisar a Coletânea de Educação Sanitária¹⁰², distribuída para todo o Estado de São Paulo, entre os anos 1939 a 1952, identificaram-se vários indícios do discurso disciplinador.

¹⁰⁰ As estratégias eugênicas nasciam de um pensamento modernizador e cientificista do século XIX, tendo em suas bases intervenções de cunho científico capazes de alterar a composição humana considerada como um “desvio” do curso natural da história. Tais concepções chegaram tardiamente ao Brasil, porém foram acolhidas pelas elites e pelos institutos de pesquisa e ensino brasileiros (Schwarcz, 1993, p.14, apud Mota, Schraiber, 2009b, p.196).

¹⁰¹ A “lei de cotas” de 1934, foi uma medida destinada a acentuar o controle sobre a entrada e a distribuição de trabalhadores estrangeiros no país (Endrica, 2009).

¹⁰² O Serviço de Propaganda e Educação Sanitária do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo organizou e produziu uma coletânea para difundir, entre a população, conceitos e práticas de educação sanitária (Marques, 2017, p.401).

Constatou-se a presença do discurso disciplinador, que tinha como pretensões à modulação de comportamento, em prol do saneamento populacional, baseado no aconselhamento de novos hábitos, guiados por concepções higienistas (Marques, 2017, p.397).

O cuidado com a educação higiênica para a formação de uma “raça elevada” é bem marcante dentro dessa proposta. Tal preocupação se estendeu até o período de 1930 a 1940, uma vez que Vargas buscou a elevação e a integração racial, por meio de ações eugenistas nas crianças brasileiras. Com o apoio da corporação médica, o estado de São Paulo representou o *lôcus* da formação e da força coletiva nacional, identificando-se, em meio ao projeto centralizador varguista, como a representação nacional (Mota, Schraiber, 2009a, p.199, 203).

Cabe ressaltar que a presença da população estrangeira entre os usuários dos Centros de Saúde da época era bastante expressiva, como revelam os dados referentes à movimentação dos três Centros de Saúde existentes na cidade de São Paulo ao final de 1925. Para exemplificar, dos pais que procuraram o serviço de Higiene Infantil no Centro de Saúde Modelo, 65,83% eram estrangeiros, enquanto, no Centro de Saúde do Brás, esse percentual foi de 69,76%, com um predomínio de italianos, seguido de portugueses, nos dois Centros; com relação às crianças, a maioria era de nacionalidade brasileira: 95,71%, no Centro de Saúde Modelo e 95,80%, no Centro de Saúde do Brás, provavelmente filhos de imigrantes (Cortez, 1926, p.19).

2.3 Imigrantes Judeus na Cidade de São Paulo

Há registro de imigrantes judeus em São Paulo desde o século XIX, porém as levadas mais significativas chegaram nas primeiras décadas do século XX¹⁰³ (Lesser, 1995, p.316). Na segunda década do século XX, os judeus encontraram um país que se urbanizava, na transição de uma economia sob a hegemonia do café para uma sociedade industrial. E, nesse contexto, a falta de experiência na agricultura e a vocação urbana desses imigrantes determinaram sua fixação nos grandes centros urbanos emergentes,

¹⁰³ Onze mil judeus entraram entre 1900 e 1920 no Brasil; na década de 1920, trinta mil; e, na década seguinte, 28 mil (Lesser, 1995, p.316).

como, por exemplo, no centro da cidade de São Paulo, conferindo-lhe feições comerciais, sendo o bairro do Bom Retiro emblemático da sua presença.

A leva de judeus que chegou a partir de 1920 veio do Leste europeu e era composta de “judeus russos”¹⁰⁴, provenientes de regiões do Império russo em desagregação e ficaram conhecidos como os “russos de prestação”, pois praticavam o comércio ambulante pelas ruas do centro da cidade. Gradualmente, ascenderam economicamente, tornando-se comerciantes (Truzzi, 2001, p.5).

Logo os judeus começaram a organizar, para essa comunidade, diversas instituições assistenciais que ocupavam um espaço de assistência social não preenchido pelo Estado, com a formação de instituições de assistência econômica, social e moral que atuavam como uma rede dentro e fora do Bom Retiro, possibilitando contatos, oportunidades e recursos que facilitavam a inserção e o estabelecimento de famílias judaicas no bairro. Dessa forma, os imigrantes recém-chegados eram acolhidos em alojamentos, quando não tinham parentes ou amigos em São Paulo, recebendo orientações sobre documentos, aulas de português, emprego e escola para os filhos. Eles trabalhavam como mascates ou ambulantes e eram empregados por comerciantes judeus já estabelecidos (Truzzi, 2001, p.6-7).

A primeira dessas instituições fundada na capital paulista foi a Sociedade Beneficente das Damas Israelitas, em 1915, que auxiliava mulheres grávidas e providenciava cuidados aos recém-nascidos. A Sociedade Beneficente Auxílio aos Pobres Ezra¹⁰⁵, criada em 1916, providenciava cartas de chamada, recebia os imigrantes no porto de Santos, mantinha pensões, ministrava aulas de português e ensino profissionalizante e encaminhava os imigrantes ao mercado de trabalho. Em 1924, a Ezra fundiu-se com a Sociedade Pró-Imigrante para tornar-se Sociedade Beneficente Israelita Ezra. Em 1929, foi fundada a Sociedade Beneficente Linath Hatzedek (“auxílio santo”, em ídiche), depois

¹⁰⁴ Decol (1999, p.15-18), citando a periodização clássica das migrações judaicas feita por Hersch (1946), aponta que o período da imigração dos judeus do Leste europeu (russo) começou no último quarto do século XIX e se estendeu até 1920. Os judeus russos (em sua maioria asquenazim) tinham experiência em confecção de roupas e foram responsáveis pela introdução de um fator tecnológico, a máquina de costura, que precipitou grandes transformações socioeconômicas nesse setor. O aparecimento das primeiras fábricas de algodão capazes de produzir roupas em escala industrial levou ao desemprego judeus que viviam da produção artesanal de vestuários, que se viram diante da alternativa de migrar para as cidades grandes, onde havia demanda de mão de obra para a indústria nascente, ou emigrar.

¹⁰⁵ Por volta de 1915, judeus asquenazitas começaram a organizar as suas primeiras instituições religiosas e de auxílio aos imigrantes, tendo sido fundada, em 1916, a Sociedade Brasileira de Beneficência EZRA, sem envolvimento político, que tinha função assistencial (Freidenson, 2006, p.185).

chamada Policlínica, um ambulatório para consultas e procedimentos, como curativos e pequenas cirurgias. Essas entidades seguiam modelos comunitários da Europa Oriental e também padrões locais, como é o caso das Damas Israelitas (que, inclusive, apoiavam o esforço bélico durante a chamada Revolução de 1932) (Cytrynowicz, 2005, p.170-171).

Em 1940, a partir da fusão entre a Sociedade Beneficente das Damas Israelitas, o Lar das Crianças das Damas e a Gota de Leite, foi criada a Organização Feminina de Assistência Social (Ofidas), que se preocupava com a problemática da mulher, da família e da criança, orientando sua assistência para questões de gênero que não envolviam apenas auxílio monetário e consolidando uma tradição de trabalho dirigido por mulheres no interior do grupo. Utilizavam visitadoras domiciliares, que avaliavam as condições sociais e econômicas das que pleiteavam auxílio (Cytrynowicz, 2005, p.172).

Foto 4 - Visitadora Domiciliar da Organização Feminina Israelita de Assistência Social (Ofidas)) em 1940, no Bom Retiro.

FONTE: Cytrynowicz, 2005, p.173.

Como vimos, com relação à assistência à saúde, os judeus também organizaram sua própria rede de apoio para cuidar de sua saúde, e também incorporaram a prática de ações educativas.

2.4 Unidade Básica de Saúde Tradicional e os Imigrantes

Ao longo do tempo, a proporção de estrangeiros na cidade de São Paulo foi diminuindo, chegando a 1950 compondo 14% da população (Hall, 2004, p.22). Esses imigrantes, juntamente com o restante da população da cidade, assistiram, no período entre 1940 e 1960, a um desmantelamento do projeto sanitário estadual paulista, que passa a ser pulverizado em diversas ações, sem nenhuma racionalidade dos gastos (Mota, Schraiber, 2011, p.843). Esse projeto se baseava em sua independência tecnológica em relação às ações consideradas primordiais para o bom andamento do estado, porém, foi abalado a partir de 1930, quando Getúlio Vargas chegou ao poder e instituiu o projeto sanitário nacional¹⁰⁶ (Santos, Mota, 2010, p.123,125).

Entre as propostas populistas de Getúlio, motivadas por interesses econômicos e políticos, estava a transformação das Caixas de Aposentadorias e Pensões¹⁰⁷ (CAPs), criadas na década de 1920, em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), na década de 1930 (Braga, Paula, 1981, p.65). Apesar de o sistema previdenciário fazer parte de um longo processo de luta dos trabalhadores, tais mudanças estavam no bojo de uma política social com caráter controlador, capaz de absorver os assalariados urbanos do setor privado, ao mesmo tempo que os excluía da esfera pública de participação (Carvalho, Marques e Mota., 2008, p.6). Desse modo, a população brasileira sem vínculos trabalhistas deveria pagar uma assistência especializada ou continuar dependente da assistência de serviços locais, como os Centros de Saúde de São Paulo, que não conseguiam atender às demandas (Mota, Schraiber, 2011, p.842).

A emergência do terceiro modelo nas práticas sanitárias paulistas se deu em meio à política de extensão de coberturas de serviços de saúde¹⁰⁸ adotada pelo Estado brasileiro, como parte de suas políticas sociais. Assim, em 1967, houve a implantação da Programação em Saúde¹⁰⁹, buscando a ampliação e a diversificação da assistência médica

¹⁰⁶ Ocorreria uma mudança paradigmática política e corporativa na elite médica dominante, que acreditava ser São Paulo um lugar intocável e orgulhoso de uma medicina “propriamente paulista” (Santos, Mota, 2010, p.123,125).

¹⁰⁷ O sistema das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS) regulamentadas pela Lei Eloy Chaves (1923) marcou o início do modelo assistencial privatista, organizado a partir de contribuições do trabalhador e do empregador que previa, além de assistência individual ao trabalhador e dependentes, aposentadoria e pensões aos familiares. A partir da década de 1930, as CAPS deram lugar aos IAPs, que integravam a categoria de trabalhadores em âmbito nacional, agora com a contribuição do trabalhador, do empregador e do Estado (Braga, Paula, 1981, p.49).

¹⁰⁸ As políticas de extensão de cobertura de serviços de saúde instituídas no Brasil expressam concepções, gestadas na América Latina nos anos 1960, que entendiam ser necessário articular ações específicas de desenvolvimento social, dirigidas principalmente aos setores da saúde e educação, ao desenvolvimento econômico (Nemes, 1990, p.75).

¹⁰⁹ Ao assumir a Secretaria Estadual da Saúde, em 1967, Leser formou um grupo de trabalho composto por sanitaristas da Secretaria e da Faculdade de Saúde Pública, que apresentou, em maio de 1967, o plano que fixou as diretrizes básicas para o estudo da reforma.

individual, em resposta à conjuntura das políticas de extensão da cobertura de serviços de saúde na década de 1970, já que São Paulo mantinha, separadamente, as instituições da Saúde Pública e da Assistência Médica Previdenciária (Nemes, 1990, p.75,76).

Nesse modelo, no Centro de Saúde, o atendimento médico individual constituía instrumento de trabalho privilegiado, não apenas destinado ao atendimento à doença, mas, sobretudo, enquanto parte de um plano geral de intervenção articulado sobre a ideia da assistência integral, sendo prestada por médicos nas especialidades básicas (pediatra, clínico geral e clínica médica). A Educação Sanitária era outro instrumento presente, mas reordenado tecnologicamente, com sentido global diferente dos modelos anteriores.

Importante sublinhar que em 1978 ocorreu a divulgação da noção de Atenção Primária à Saúde (APS), pela OMS, conclamando os países a redirecionarem seus sistemas de saúde para o conjunto da população, ressaltando que a possibilidade da extensão estava na adoção da estratégia da APS. Segundo Mota e Schraiber (2011), a Programação antecipou o que ocorreria, em âmbito nacional, relativamente à Atenção Primária à Saúde (APS)¹¹⁰, tendo significado uma “oportunidade” histórica, uma “novidade” na política de saúde, com transformações tanto no aparato institucional quanto nas modalidades de cuidados primários oferecidos à população.

Porém, em 1978, esse modelo sofre um arrefecimento na sua implementação, em meio à conjunção nacional no setor saúde, na qual prevalecia o privilégio, pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), à assistência médica privada. O setor de saúde continuava dividido, cabendo aos órgãos de Saúde Pública a assistência médica ao contingente da “periferia carente” (Nemes, 1990, p.97,98).

Em 1982, a crise da Previdência Social chegou ao ápice e levou o governo federal e a rede pública a aumentarem o volume de assistência médica, buscando substituir a assistência prestada pela medicina privada conveniada (Nemes, 1996, p.57). Essa foi a política que, no estado de São Paulo, passou a presidir a organização institucional e o modelo de assistência nos Centros de Saúde. Ocorreu o alinhamento de São Paulo com a

Esse material serviu de base para o grupo Executivo da Reforma Administrativa formular os diversos decretos que definiram as mudanças necessárias (Bonfim, Bastos, 2009, p.309).

¹¹⁰ Em 1978, A Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da Conferência de Alma-Ata, propôs uma agenda de reforma do setor de saúde em todos os países do mundo, com ênfase na oferta de cuidados primários de saúde para a maioria da população e mudanças no desenho dos serviços, com base na regionalização e na integração dos serviços. [citado 30 ago. 2018]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

política nacional mais geral, enquadrando sua Programação em Saúde¹¹¹ na expansão do pronto atendimento médico, condizente com o Plano de Pronto Ação¹¹² federal.

Em razão de realidades tão diversas nas várias regiões do país, em termos tecnológicos, financeiros, institucionais e de recursos humanos em saúde, deu-se uma leitura muito simplificada da Atenção Primária, visando à ampliação de cobertura do sistema nacional de saúde. Essa proposição predominou na disputa entre as diversas correntes políticas no interior do governo federal (Mota, Schraiber, 2011, p.846).

Desse modo, a população da cidade de São Paulo, incluídos os imigrantes, utilizará o Centro de Saúde, que agora chamaremos de Unidade Básica de Saúde, com maior produção de consultas, de turnos adicionais de trabalho e de pronto atendimento. Desse modo, esse novo modelo construiu as condições necessárias para a implantação mais definitiva de uma assistência médica individual na rede da saúde pública cada vez mais “desvinculada” de suas marcas originais e, assim, cada vez mais comprometida com a ampliação do processo de “medicalizar” o social (Nemes, 1990).

2.5 Estratégia Saúde da Família e os Imigrantes na Cidade de São Paulo

A partir de 1980, houve uma intensa imigração de bolivianos para a cidade de São Paulo em busca de melhores oportunidades de trabalho, em decorrência das péssimas condições econômicas de seu país. Do ponto de vista espacial, já na década de 1990,

¹¹¹ Cabe ressaltar que, nos bastidores desse cenário de crise, em que o governo federal buscava soluções para a crise previdenciária, e em resposta à quase extinção da Programação em Saúde, surgiu a proposta da Ação Programática em Saúde, apresentada pela primeira vez no II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e no III Congresso Paulista de Saúde Pública, em 1989. Essa proposta consistia em uma formulação teórica e uma experiência de modelo tecnológico para atenção primária à saúde, tendo como referencial o “trabalho em saúde” ou a articulação de elementos teóricos e práticos, para repensar as práticas profissionais no contexto particular da Unidade Básica. A organização do trabalho em saúde se fundamentava no ideal da integralidade das ações, para o que buscou inspiração em tecnologias de base epidemiológica, privilegiando um olhar sobre o coletivo. Infelizmente, o governo estadual não foi sensível às propostas da Ação Programática enquanto alternativa para Programação em Saúde (Nemes, 1990; Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

¹¹² O Plano de Pronto Ação (PPA) foi lançado em 1974 e promoveu a universalização das situações de urgência para a população urbana. Todos seriam atendidos em serviços próprios da Previdência ou por ela contratados, independentemente de sua condição de beneficiário (Braga, Paula, 1981). Schraiber (1993, p. 142) entende que o PPA estimulou uma assistência diversa da consulta tradicional realizada pela medicina liberal em consultório e daquelas dos serviços próprios ambulatoriais do sistema previdenciário. Foi uma alternativa encontrada pelo Estado para responder às pressões por acesso à assistência médica na década de 1970, causando o desvio para o setor de urgência. Desse modo, o PPA contribuiu para o desenvolvimento de uma “cultura do atendimento imediato” (Dalmaso, 1996). O pronto atendimento passou a ser aceito pela população como atenção alternativa ao modelo tradicional de consultas médicas, por permitir uma forma rápida de obter alívio e retornar à produção, satisfazendo ao empregador. Há o consumo de atendimentos, desvinculando o adoecimento de seus determinantes biopsicossociais, sem garantir seguimento (Ribeiro, 2007, p.111).

concentraram-se em bairros como Bom Retiro, Brás e Pari, onde atuavam na indústria de confecção (Silva, 1997). Atualmente estão dispersos pelas áreas centrais e periféricas da cidade, porém ainda com uma forte concentração naqueles bairros, onde estão 19,5% do total dos bolivianos residentes na cidade, reiterando a vocação dos bairros centrais como porta de entrada para imigrantes na capital paulista (Souchaud, 2010).

Os bolivianos foram rapidamente absorvidos pelas oficinas de costura, pois chegavam com pouco dinheiro, numa situação de clandestinidade. Assim, trabalhar e morar no mesmo local foi uma forma de responder às demandas imediatas, além de ser rentável para os empregadores, que podiam manter próxima sua força de trabalho. Paulatinamente, os bolivianos em situação migratória regular assumiram o comando dessas oficinas de costura, passando os coreanos a serem compradores da produção dessas oficinas para abastecer as lojas do Bom Retiro. A inserção nesse setor era tão significativa que 90% dos coreanos¹¹³ viviam direta ou indiretamente de atividades ligadas ao comércio de roupas. Gradualmente, ocuparam outros papéis nessa cadeia: intermediários de atacadistas e varejistas ou representantes de confecções junto a proprietários de lojas, majoritariamente judeus (Aguiar, 2013).

Importante assinalar que, anteriormente à chegada dos bolivianos, imigrantes coreanos se instalaram no bairro do Bom Retiro a partir de 1970, e rapidamente ascenderam de mascates para donos do comércio de roupas femininas no bairro do Bom Retiro, tinham muitas oficinas de costura que abasteciam suas lojas, e precisavam de mão de obra. Foi nesse contexto que os imigrantes bolivianos foram absorvidos na cadeia de confecção.

Os imigrantes bolivianos não dispunham de recursos econômicos que possibilitassem a organização de uma rede própria de assistência à saúde, como fizeram os italianos e judeus, e, portanto, dependiam do sistema público de saúde (Xavier, 2010).

Enquanto isso, na década de 1980 ocorreu, mundialmente, uma inflexão histórica do conceito de APS, com o deslocamento da noção de cuidados primários para o de atenção primária, fazendo corresponder à primeira o conteúdo de ações técnicas e, à

¹¹³ Nesses 50 anos, os coreanos constituíram uma colônia unida, tendo seu centro no Bom Retiro e espalhada por bairros como o Brás e a Aclimação. No Bom Retiro, praticamente todos os tipos de serviços são oferecidos dentro da colônia, sendo possível satisfazer as necessidades básicas da vida cotidiana com apenas um mínimo contato com brasileiros (Sampaio, 2011).

segunda, um nível de ação ou porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde (Ribeiro, 2007, p. 221). Essa expansão conceitual já vinha sendo processada no Brasil desde meados da década de 1970, tendo a chamada Reforma Sanitária assumido um espaço inédito para sua consecução, o que levou à constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido a APS absorvida por esse movimento (Mota, Schraiber, 2011, p.838).

Até que, em 1994, ocorreu a proposição do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, posteriormente renomeado Estratégia de Saúde da Família (ESF) (1996), enquanto proposta para reorientar a atenção básica, uma vez que havia condições jurídicas e institucionais para sua viabilização (Ribeiro, 2007, p.220). Tendo como pano de fundo essa conjuntura nacional, ocorreu a municipalização do sistema de saúde na cidade de São Paulo em 2001, com a proposta de que as Unidades Básicas de Saúde, que funcionavam na lógica tradicional, fossem gradualmente transformadas em Unidades de Saúde da Família (USF), o que ocorreria gradualmente.

Cada Equipe de Saúde da Família (EqSF) seria composta por: um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. O médico é responsável pelo atendimento de todos os componentes da família, independentemente de sexo e idade. Cabe à EqSF: identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco da população adscrita; oferecer uma atenção integral, com ênfase na prevenção e na promoção; desenvolver ações educativas e catalisar as várias políticas setoriais para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, bem como estabelecer um trabalho de construção da cidadania. A equipe deve ainda participar da programação e do planejamento das ações e da organização do processo de trabalho da Unidade de Saúde da Família (Brasil, 1997, p.14). Importante sublinhar que estamos falando de uma política de Estado a ser seguida em todo o território nacional, e não mais de um modelo de organização tecnológica das práticas de saúde da cidade de São Paulo.

Na ESF, a questão da territorialização com adscrição de clientela constitui seu núcleo estrutural, uma vez que sua matriz teórica se encontra no campo da vigilância à saúde. Isso determinará que seu trabalho fique centrado no território, de acordo com as concepções desenvolvidas pela Organização Pan-Americana de Saúde, com grande

normatização inspirada nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente. Ocorre a utilização da epidemiologia para construir o seu conhecimento do mundo das necessidades de saúde e para instrumentalizar suas ações em torno da vigilância à saúde (Brasil, 1997b, p.14).

Sendo assim, os imigrantes bolivianos tiveram à sua disposição Unidades de Saúde funcionando na lógica do modelo tradicional, ou seja, com médicos nas especialidades básicas, que a partir de 2001, com a municipalização, passam a funcionar na lógica da ESF.

Há muitos trabalhos abordando aspectos relacionados à saúde dos imigrantes bolivianos na interação com os serviços de atenção primária do centro da cidade de São Paulo. Tais trabalhos abordam as concepções de saúde das mulheres imigrantes bolivianas sobre gestação nos diversos contextos (Madi et al., 2009); a condição de vulnerabilidade dessas mulheres a situações de violência doméstica e no trabalho (Carneiro Jr et al., 2018a), discussões sobre o acesso dessa população aos serviços de APS (Silveira et al., 2013); necessidade de estratégias assistenciais que permitam aos profissionais de saúde identificarem adoecimentos muito prevalentes nessa população, como por exemplo a Doença de Chagas (Carneiro Jr et al., 2018b), entre outros.

Um outro grupo de imigrantes com forte presença na cidade de São Paulo entre 1963 e 1966 foram os coreanos, fruto de uma emigração de caráter oficial que pretendia se fixar como agricultores em áreas remotas do país. Porém, malograda a experiência na atividade agrícola, o fim da década de 1960 e o início de 1970 assistiram à chegada dos primeiros coreanos que migravam do campo para a cidade de São Paulo. Não por acaso, foram morar inicialmente no bairro da Liberdade, tradicional reduto da comunidade japonesa na cidade, onde construíram a “Vila Coreana”, localizada nas ruas do Glicério e Conde de Sarzedas, deslocando-se depois para o Bom Retiro (Choi, 1991; Truzzi, 2001).

Com relação à utilização de USF localizadas na região central da cidade de São Paulo por imigrantes, temos o trabalho de Aguiar (2013, 2014) sobre uma Unidade de Saúde da Família e os usuários coreanos e bolivianos. Em geral, os coreanos não usam os serviços públicos de saúde, recorrendo a convênios ou a clínicas particulares no Bom Retiro, onde são atendidos por médicos coreanos, o que facilita sua comunicação. No entanto, tal como acontece com a população brasileira, o alto custo desses serviços faz

com que alguns recorram aos serviços públicos; nesse momento, os coreanos se tornam visíveis no ESF, muitas vezes com a saúde já muito comprometida. A EqSF teve muita dificuldade para aproximar-se desses usuários, devido a questões culturais e sobretudo pela dificuldade na comunicação, embora identificassem uma população envelhecida e com muitos problemas de saúde (Aguilar, 2013).

Já no caso dos bolivianos, tínhamos uma população com menor poder aquisitivo, e que, portanto, dependia bastante do serviço público de saúde. Apesar da normatização da ESF, as EqSF do Bom Retiro conseguiram estabelecer vínculo com esses usuários, promovendo a flexibilização da lógica cartográfica desse modelo, pois adequaram-se à territorialidade própria desses imigrantes no bairro. Nesse sentido, a incorporação do ACS boliviano teve grande importância na aproximação entre o serviço e os usuários, ao facilitar o acesso às oficinas de costura, onde eles moram e trabalham, e o entendimento do seu dia a dia, ampliando o entendimento da produção social do processo saúde-doença (Aguilar, 2013).

E por último, gostaria de apontar o caso de angolanas que, segundo Machin et al (2018), têm buscado o Brasil para usufruir de serviços privados que oferecem Tecnologia de Reprodução Assistida¹¹⁴. Esses recursos encontram-se concentrados na região sudeste do país, sobretudo em São Paulo. Por outro lado, essas mulheres fariam o pré-natal e o parto no Sistema Único de Saúde. Futuras investigações são necessárias para avaliar a relação desses fatos com o aumento no número de solicitações de refúgio por parte de angolanos em 2017, que ocupam o quarto lugar entre os solicitantes de refúgio no Brasil.

2.6 Estratégia Saúde da Família e os refugiados na cidade de São Paulo

A partir do começo do século XXI, o Brasil assiste a uma intensificação na entrada de pessoas em situação de refúgio. Em geral, essa entrada se dá pelas fronteiras terrestres do norte do país, para no momento seguinte se deslocarem para grandes centros urbanos,

¹¹⁴ Em Angola, é elevada a prevalência de infertilidade, em consequência de infecções sexualmente transmissíveis (Inhorn, Patrizio, 2015, p.414).

como a cidade de São Paulo, sendo muitas vezes o centro da cidade um local de chegada e onde acabam se concentrando. Não sendo ao acaso, que nessa região há uma grande concentração de instituições governamentais e da sociedade civil de apoio aos refugiados e imigrantes, tais como: Casa do Migrante da Missão Paz, Centro de Referência e Acolhida para Imigrantes (CRAI), Instituto de Reintegração do Refugiado (Adus), Mesquita Brasil e Mesquita do Brás (São Paulo, 2015).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de São Paulo, há um predomínio de pessoas oriundas da América Central (haitianos), África (congoleses e angolanos) e Oriente Médio (Sírios). A partir de uma pesquisa sobre condições de vida da população refugiada no Brasil, realizada por Baeninger e Domingues (2007), temos que a maioria dos refugiados em São Paulo era do sexo masculino, solteiro, jovem, e tinha renda mensal de 3 a 5 salários-mínimos.

Outra informação importante proveniente do relatório anual (2014-2015) do Centro de Referência e Acolhida para Migrantes (CRAI), é que, entre os atendimentos realizados nesse período, tivemos 53,4% deles realizados para refugiados e solicitantes de refúgio. Esses dados confirmam a forte presença de migrantes forçados na cidade, sobretudo oriundos da América Central (haitianos), África (congoleses e angolanos) e Oriente Médio (sírios).

No que se refere à assistência à saúde, devemos sublinhar que no Brasil o acesso universal e equitativo é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, de forma que não há distinção e restrição em relação aos imigrantes e brasileiros na assistência à saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Sendo assim, todas as pessoas em situação de refúgio terão como referência as Unidades de Saúde da Família que estão localizadas na região central¹¹⁵ da cidade de São Paulo, que terão o desafio de reconhecer e atender as necessidades de cuidado dessa

¹¹⁵ A partir de 2001, com a municipalização da saúde na cidade de São Paulo, ocorre a implementação da ESF pela Secretaria Municipal de Saúde, de tal modo que chegamos a 2015 com uma cobertura de 39,9% na cidade (São Paulo, 2016).

população, que está longe de ser um grupo homogêneo. Os refugiados são pessoas com experiências e necessidades particulares, exigindo medidas e políticas públicas especiais¹¹⁶, sobretudo no que se refere às suas condições de saúde.

Sendo assim, se, por um lado, é certo que as ações de saúde são estendidas aos imigrantes nas unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde, também são reais as dificuldades enfrentadas na rede de assistência, na ausência de uma política mais clara e transparente que diga de seu direito, seja qual for sua situação migratória (Marques, Afonso, Silveira, 2014, p.87)

Nesse sentido, o Governo Municipal se propôs a construir políticas públicas voltadas especificamente para imigrantes e refugiados na cidade de São Paulo, de forma a organizar e qualificar a atenção às necessidades desse grupo populacional, reconhecendo e dando visibilidade a sua presença no território paulistano. Nessa perspectiva, é criado, em 2013, a Coordenadoria de Políticas para Migrações, na Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC), com a tarefa de formular, articular e acompanhar as ações pertinentes em cada área, como também a sua intersetorialidade. Na área da saúde, em 2015, o Conselho Municipal de Saúde de São Paulo aprova a Política Municipal de Saúde para Imigrantes e Refugiados. A partir de então, a Secretaria Municipal de Saúde tinha o desafio de realizar um processo de implantação dessa política. Contudo, tal processo foi arrefecido em 2016, após o início da última gestão municipal. Portanto, não basta a aprovação de leis, sendo essencial a vontade política de implementá-las.

Para concluir, sabemos que as pessoas em situação de refúgio podem estar nas mais diversas cenas, tais como: deslocadas dentro do seu próprio país, em campos para refugiados, ou até residindo em países com os mais diversos sistemas de saúde. Porém, no caso de nossa pesquisa, partiremos do entendimento de que potencialmente a APS constitui um *locus* privilegiado para o cuidado da saúde de pessoas de modo geral e, portanto, as pessoas em situação de refúgio que estivessem inseridas em países com

¹¹⁶ A prefeitura de São Paulo aprovou a 'Política Municipal para a População Imigrante' em 21/06/2016 - Projeto de Lei 01-00142/2016, dispondo princípios, diretrizes e ações prioritárias, bem como sobre a formação de um 'Conselho Municipal de Imigrantes'. Dentre seus objetivos encontram-se: garantir ao imigrante o acesso a direitos sociais e aos serviços públicos; promover o respeito à diversidade e à interculturalidade; impedir violações de direitos; e fomentar a participação social e desenvolver ações coordenadas com a sociedade civil. [citado 29 ago. 2019]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/LEI%2016478.pdf

sistemas de saúde norteados pela APS também usufruíram desses recursos. Contudo, é essencial observar que inflexões foram ocorrendo nesse conceito ao longo dos anos, em função de circunstâncias históricas particulares, o que discutiremos no próximo capítulo.

Além disso, mesmo na atualidade, pessoas em situação de refúgio podem estar inseridas em países com uma APS fortalecida, com relevante papel no sistema de saúde, mas que impõe barreiras de acesso, que podem chegar até a diferenciar o pacote de serviços que elas terão direito de utilizar. Nessa interface entre o sistema de saúde e os usuários em situação de refúgio, o médico terá um papel muito relevante, com grande potencial em identificar e cuidar das diferentes necessidades de cuidado desses usuários, mas também enquanto o executor de restrições de acesso, enquanto o “porteiro”¹¹⁷ desse sistema, através de filtros de acesso. Afinal, como nos diz Donnangelo (1975), a medicina é uma prática social, que se dá na sociedade, sendo uma intervenção com finalidades variáveis ao longo da história.

¹¹⁷ A atenção primária, enquanto serviços de primeiro contato na rede assistencial, constituiu a porta de entrada obrigatória no sistema de saúde. (“gatekeeper”), considerada instrumento fundamental para permitir a coordenação dos cuidados pelo clínico geral. O ator principal da atenção primária é o generalista, ou “family doctor” ou “Hausarzt”, aqui traduzido como clínico geral ou generalista. O generalista é o principal profissional médico de primeiro contato em 11 dos 15 países da União Européia. Atualmente, na Dinamarca, Itália, Portugal, Espanha, Reino Unido, Irlanda e Holanda, o generalista exerce a função de “gatekeeper”, pois a unidade de saúde na qual trabalha é a porta de entrada obrigatória do sistema de saúde, e serve de filtro para o acesso aos serviços prestados por especialistas, constituindo-se num primeiro nível hierárquico (Giovannella, 2006).

PARTE 2

DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE GLOBAL DOS REFUGIADOS: CAMINHOS DE SUA HISTORICIDADE

CAPÍTULO 3

ANTES, DURANTE E DEPOIS DE ALMA-ATA

PERMANÊNCIAS E RUPTURAS

Isabel Allende¹¹⁸, escritora chilena, especialista no gênero do realismo fantástico, quando perguntada: O que é mais verdadeiro que a verdade? Respondeu: a história. Assim, iniciaremos esse capítulo com a seguinte história:

Pouco antes da meia-noite do dia 19 de agosto de 2019, terça-feira, o navio da ONG humanitária espanhola Proactiva Open Arms atracou no porto da ilha de Lampedusa, na Espanha. Tal fato ocorreu depois que um promotor siciliano visitou o navio e declarou que “a situação no navio é explosiva, de extrema urgência”, e ordenou a sua apreensão e o desembarque imediato dos 83 refugiados que estavam a bordo há 19 dias.

No dia primeiro de agosto, o Open Arms resgatou em águas internacionais frente à Líbia, imigrantes, em sua maioria sudaneses da região de Darfur que passaram 50 horas sem água em uma lancha. Muitos deles tinham queimaduras provocadas pela mistura de combustível e água salina. Com a chegada do barco, alguns se jogaram nas águas por medo de serem devolvidos à Líbia, onde são frequentes os abusos e violências com os imigrantes. "Conseguimos os primeiros sorrisos, apesar do medo e da incerteza que vemos em seus rostos", escreveu a ONG no Twitter em relação aos migrantes resgatados, denunciando a "perseguição e os abusos em seus países, assim como torturas na Líbia".

¹¹⁸ Escritora chilena nascida em 1942, filha do diplomata Tomás Allende, a escritora é prima de Salvador Allende, presidente chileno deposto pelo golpe militar chileno. A própria escritora teve de se refugiar na Venezuela durante o período ditatorial, e traz, inclusive, em sua célebre obra de estreia, “A Casa dos Espíritos”, referências ao período ditatorial de Pinochet. Através, então, dos elementos fantásticos, a autora discute particularidade de países de intensa colonização, explorados historicamente por práticas imperialistas, mas também refletem acerca de questões sociais.

Figura 4 - Distância percorrida pelo navio Open Arms em dezenove dias de viagem

FONTE: 1 País, Lampedusa/ Madri _ 21 ago. 2019. Lorena Pacho, Miguel González. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/20/internacional/1566287744_532442.html

Desde então, o navio começou a perambular pelo Mar Mediterrâneo, esperando autorização de algum país europeu para o desembarque seguro dos imigrantes. Após 17 dias no mar, o Open Arms ancorou a apenas 800 metros da ilha italiana de Lampedusa, um paraíso turístico, e solicitou a Justiça italiana autorização para o desembarque, tendo em vista a possibilidade de agravamento das condições meteorológicas e a insustentabilidade da situação a bordo, configurando uma “emergência humanitária”. Contudo, obteve negativas sistemáticas a essas solicitações, expressão do empenho do Ministro do Interior italiano, Matteo Salvini, para impedir a todo o custo o desembarque dos imigrantes.

Foto 5 - Turistas na orla de Lampedusa e ao fundo o navio Open Arms

FONTE: El País, Madri, 21 ago. 2019. Friedrich Bungert, Miguel Bayod, Nelly Ragua.
Disponível em: https://elpais.com/politica/2019/08/20/actualidad/1566317505_892642.html

Nos próximos 3 dias a situação a bordo se agravou, até que no início da madrugada do dia 19, um dos imigrantes, de nacionalidade síria, atirou-se na água e foi resgatado pela Guarda Costeira italiana, que o levou ao porto, onde foi recolhido por uma ambulância. As câmeras que transmitem a situação no navio ao vivo captaram os refugiados que aos poucos foram se jogando ao mar para tentar ganhar a costa a nado. De manhã, um grupo de nove pessoas pulou e, no início da tarde, outras cinco. “A situação no barco é crítica”, alertou a ONG. Até que, finalmente, o navio teve autorização para atracar em Lampedusa.

Foto 6 - Navio da ONG espanhola Proactiva Open Arms

FONTE- El País, 30 ago. 2019, Alfredo Pecoraro

Disponível em:

https://elpais.com/politica/2019/08/29/actualidad/1567085085_729303.html

A história acima pretende expressar a relevância da discussão sobre a saúde dos refugiados no contexto da Saúde Pública Mundial, sobretudo em tempos de Saúde Global. Além da impossibilidade de fazermos isso sem sermos provocados por relatos como esse. Embora o movimento humano em busca de refúgio em outros países não seja algo novo, tal fato ganha visibilidade após a Segunda Guerra Mundial, momento no qual se dá a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e de sua agência no âmbito da saúde internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS), e o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) que será responsável pela proteção e assistência dos refugiados. Após a proposição da Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto política de saúde pública mundial, em 1978, ocorreu um gradual declínio da proeminência dessa instituição, passando o Banco Mundial, a ser, de fato o definidor dos rumos da saúde pública mundial, cabendo a OMS, apenas endossar tais decisões. Desse modo, a partir da década de 1990, a saúde pública mundial é rebatizada como Saúde Global, versão neoliberal da Saúde Internacional.

Interessa-nos refletir, como as diversas concepções de APS, em diferentes cenários, se aproximaram do cuidado da saúde dos refugiados. Em última instância, como a APS, como seu polimorfismo e imprecisão, se dá em tempos de Saúde Global. Além disso, refletiremos sobre as diferentes configurações que a prática médica e seus saberes tecnológicos assumirá nesses diversos contextos, definida e participante de determinações “externas” diversas, em cada momento ao longo do tempo. Para isso se exige a construção desse percurso em dimensão histórica, traçando a partir do final do século XIX, a constituição da medicina colonial e tropical, seus desdobramentos do que foi denominado por saúde internacional, aproximando-se dos tempos atuais ao que se denomina por saúde global.

3.1 Da Medicina Tropical à Saúde Internacional

3.1.1 Da Medicina nos Trópicos à Medicina Tropical

A história da saúde pública mundial, mesmo antes de passar a ser conduzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), criada em 1948, sempre foi marcada historicamente por permanências e rupturas, expressando a contínua tensão entre aqueles que acreditam que implementando a saúde das populações será possível retirá-las da miséria, e aqueles que entendem que deve-se investir na melhoria nas condições de vida dessas populações, recuperando suas condições econômicas e sociais, e dessa forma o incremento de sua saúde se dará de forma duradoura, caracterizando o que o historiador Randall Packard (2016) chamou de “ciclos de ações na Saúde Mundial”. Este autor aponta para a necessidade de não tratarmos a história da medicina colonial e do início das organizações internacionais de saúde como tópicos separados, como vemos no excerto abaixo.

Os historiadores tendem a tratar as histórias da medicina colonial e das primeiras organizações internacionais de saúde como tópicos separados. No entanto, estudos recentes de Warwick Anderson, Steven Palmer, Nancy Stepan, Deborah Neill, Sunil Amrith e Helen Tilley sugeriram que a medicina colonial e a saúde internacional compartilharam uma longa e complexa

história, estendendo-se desde o final do século XIX até a década de 1950 (Packard, 2016, p.441).

A medicina europeia ultramarina teve como pano de fundo a expansão imperialista europeia com motivações geopolíticas e econômicas. Inicialmente, a partir do século XVI, tem início o movimento de formação dos Estados nacionais na Europa sob a égide de monarcas absolutistas, tendo o mercantilismo com fundamento econômico. Tendo em vista o declínio do comércio na Ásia e os avanços nas técnicas de navegação tem início ações militarizadas na América Latina, Ásia e África, buscando a expansão imperialista através da colonização. Cabe assinalar que os Estados Unidos entraram mais tardiamente no processo de divisão colonial do globo.

Em sua fase inicial, a medicina europeia ultramarina _a medicina colonial_ teve como foco a saúde dos europeus que iam para as colônias, ou seja, com a saúde dos colonizadores, buscando tornar a colônia habitável, garantindo, assim, a continuidade do projeto imperialista, além de realizar uma coleta detalhada de informações, sobretudo de caráter epidemiológico (Crozier, 2007). Segundo Berlinguer (1992), a expansão imperialista foi marcada também pela transmissão de doença em múltiplas direções entre os colonizadores e colonizados¹¹⁹.

A preocupação com a saúde das populações das colônias_ as populações indígenas _ surgiu quando estes passaram a constituir força de trabalho para as empresas europeias. Sua atuação tinha como foco prioritário o controle de doenças epidêmicas, nos portos e nas cidades, garantindo e implementando a produtividade dos trabalhadores que atuavam na exploração das riquezas da região, que naturalmente seriam transferidas para a Europa. Os médicos enviados para esses espaços coloniais tiveram um papel muito importante para a expansão dos grandes impérios, cumprindo papéis políticos, raciais, militares e econômicos, buscando em última instância a dominação e subjugação, transvestido de ações pacificadoras e transferência de conhecimento. Para exemplificar, temos um excerto do discurso proferido por Huberte Lauley¹²⁰, durante conferência médica em Brussels, em 1926, no qual ele afirma que de “certamente a expansão colonial

¹¹⁹ As conquistas coloniais impactaram fatalmente as populações indígenas, escravos, trabalhadores nativos, e aos soldados e trabalhadores vindos de países da Europa, entre outros (Curtin, 1998).

¹²⁰ Hubert Lauley foi um renomado estrategista francês, que teve papel chave nas invasões francesas nas terras que posteriormente se chamariam Indochina e Madagascar (Paul, 1977).

tem seus aspectos duros [...]. Mas se há algo que a enobrece e a justifica, é a ação do médico, entendido como uma missão e apostolado” (Paul, 1977, p.7).

Foto 7 - Médico colonial inglês coletando amostra de sangue de um indivíduo que sofre de doença do sono (Comissão da Sociedade Londrina contra a Doença do Sono¹²¹ de Uganda,1902)

FONTE: Wellcome Collection. CC BY, 1965
Disponível em: <https://wellcomecollection.org/works/xzqjea5n>

No século XIX, projeto imperialista europeu constitui, segundo Cueto e Palmer (2016), um movimento de subjugação e interação, no qual doenças novas e antigas se propagariam pelos territórios, atingindo ambos os lados¹²², obrigando muitas vezes que o próprio ordenamento colonial europeu reconheça e recorra a esses outros saberes, havendo uma mestiçagem médica, resultando em uma medicina híbrida. Outra face desse

¹²¹ A Doença do Sono, hoje conhecida como tripanossomíase africana humana, é provocada por um parasita protozoário do gênero *Trypanosoma* e transmitida pela picada de um inseto vetor, a mosca tsé-tsé.

¹²² A colonização resultou em um impacto negativo sobre a saúde dos nativos, sendo devastador sobre os indígenas, com muitas mortes por epidemias de varíola e outras doenças endêmicas introduzidas pelos colonizadores. Para exemplificar, temos as epidemias de doença do sono que acometeram o leste da África por volta do século XX, relacionadas a colonização (Lyon, 1992); epidemias de peste encontraram novas rotas, como as vias marítimas do Oceano Índico no Império Britânico nas primeiras décadas do século XX; e a propagação colonial e militar britânica do comércio do ópio entre Índia e China, que resultou em efeitos deletérios nessas populações (Davis, 2001).

processo estaria representada pela construção da noção de “trópicos” no imaginário cultural ocidental, codificando noções de diferença racial (Greene et al., 2013). Portanto, a noção de trópicos, além da delimitação de um espaço físico e geográfico, continha uma retórica de alteridade dos europeus expressa na caracterização de regiões política e culturalmente diferentes da Europa.

Segundo o geógrafo Milton Santos (1978), em sua obra, “Por uma geografia nova”, a utilização da geografia serviu como um instrumento de conquista colonial, empenhada em “esconder o papel do Estado, bem como o das classes, na organização da sociedade e do espaço” (p.14). Nesse sentido, a construção de uma Geografia Tropical e uma Geografia Médica partiriam de um paralelismo entre a noção de trópico e a noção de uma higiene dificultada pela tropicalidade, tendo subjacente um pressuposto racista. A dicotomia racista e preconceituosa considerava normal e evidente que os europeus¹²³ se organizassem inteligentemente, e povos residentes em regiões tropicais, naturalmente, em parte em culpa de sua tropicalidade e em parte devido a sua precariedade intelectual, estariam fadados a serem dominados.

Foi nesse cenário que se estruturou a chamada ciência da raça, a eugenia, que propunha a criação de uma sociedade saudável e de homens bons, identificando nos chamados “inferiores” as condições para sair ou não do estado de morbidez e de degeneração. Nessa perspectiva, em várias instâncias e com grande alcance científico, jurídico e político, abarcando a medicina e a saúde pública, propõe-se que esses homens e mulheres pudessem perder a liberdade individual e de decidir sobre a sua prole, devendo-se submeter aos imperativos cerceadores que a ciência médico-eugênica indicasse (Mota, 2017, p.36). Sem dúvida, tal concepção ganhou espaço nos empreendimentos da medicina colonial por diversos territórios, hierarquizando a população a partir de critérios raciais e de atribuições degenerativas a partir dos espaços em que estavam inseridos.

¹²³ Essa visão pode ser identificada em autores como Alfred W. Crosby (2011), em sua obra, “Imperialismo Ecológico: a expansão biológica da Europa 900-1900”, na qual o autor problematiza o processo de expansão das populações europeias, principalmente por volta dos anos 900 a 1900. O foco de sua discussão concentra-se na invasão biológica lançada pelas levas europeias em outras regiões do planeta, as quais constituíram aquilo que se denominou de “biota portátil”. Crosby aufere um lugar protagonista à biota portátil, sendo ela responsável por expulsar ou até mesmo eliminar a flora, fauna e os habitantes nativos de distintas regiões do mundo, dando origem às “Neoeuropas”, ou seja, Austrália, Nova Zelândia e América. Para esse autor, o bom desempenho das campanhas imperialistas e expansionistas europeias está ligado a questões ecológicas e biológicas, naturalizando o processo de invasão e extermínio causado pela expansão europeia.

Na virada do século XIX para o XX, em um contexto histórico marcado pelas descobertas da bacteriologia e de uma agenda imperialista europeia pautada na expansão de seus domínios sobre o continente africano, a medicina tropical se estabeleceu como especialidade médica de proeminência internacional (Silva, 2018, p.80). Segundo Lowy (2006), a medicina colonial contribuiu para a construção da medicina tropical enquanto disciplina distinta na prática médica, porém foram as descobertas bacteriológicas do século XIX que alçaram a medicina tropical ao status de “ciência”.

A medicina tropical nasceu no fim do século XIX da adaptação das "ciências pasteurianas" às doenças dos países do Sul. O nascimento da medicina tropical propriamente dita é geralmente associado à descrição das doenças transmitidas por vetores intermediários (os insetos, os moluscos ou os vermes) (Löwy, 2006, p.37).

O mito da raça branca europeia superior e da selvageria negra estava subjacente às ideias de dominação política e marcou definitivamente a formação dos impérios europeus na África. Esses pressupostos se refletiam na medicina, enquanto uma prática técnica e social, constituindo um instrumento fundamental para o domínio europeu sobre as sociedades africanas não apenas pela crença em seu poder para solucionar os problemas de saúde pública, mas, também, como forma de conhecer e atrair as populações indígenas para a esfera de influência europeia (Silva, 2018, p.88).

A partir do final do século XIX e início do XX, os interesses econômicos nas colônias motivou poderosos empresários a doarem recursos para instituições¹²⁴ de medicina tropical, tais como os institutos de medicina tropical de Londres (1899), de Liverpool (1899), de Hamburgo (1900), de Lisboa (1902), e de Bruxelas (1906), resultando na descrição de numerosas doenças das regiões quentes transmitidas por vetores (Lowy, 2006, p.37). Houve o que Greene et al. (2013) chamou de profissionalização da medicina colonial, acompanhada da ampliação de vastos impérios.

De fato, as ligações entre a saúde global e a segurança global foram estabelecidas a longa data. A medicina colonial, em sua aparência militar, estimulou algumas das primeiras investigações epidemiológicas internacionais sustentadas, que compararam corpos saudáveis e doentes em todos os continentes e levaram ao uso generalizado do termo "medicina tropical" (Greene et al, 2017).

¹²⁴ A questão da relação entre a produção de conhecimento e sua relação com o poder já foi discutida por Foucault, que nos diz “poder produz saber [...] não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (Foucault, 2010, p.30).

Na busca de um protagonismo na corrida política pela África, Portugal enviou a esse continente a primeira missão europeia para estudar a doença do sono, em 1901 (Amaral, 2012, p.1294). A questão colonial estava no cerne da medicina tropical europeia, constituindo uma ferramenta para o exercício do colonialismo português na África, uma vez que se encontrava aquém das potências industriais-capitalistas que disputavam esses territórios (Silva, 2018).

[...]. Através do estudo e do combate das doenças que grassavam em suas colônias, potencializadas pela ação colonizadora, e a doença do sono foi o caso aqui abordado, Portugal buscou conseguir o reconhecimento do status de potência colonial e “civilizadora” por seus pares europeus e minimizar as ameaças de partilha de seu império colonial. Ao mesmo tempo, a atuação dos médicos portugueses procurou ampliar os tentáculos metropolitanos sobre os territórios ultramarinos e colocar as populações nativas sob a influência dos saberes e das práticas médicas ocidentais, o que não ocorreu sem resistências por parte destas mesmas populações (Silva, 2018, p.98,99).

Além de seu interesse intrínseco (os trópicos eram tidos como um lugar propício à inovação no estudo das doenças transmissíveis) e do interesse prático (a medicina tropical tinha como objetivo declarado tornar os trópicos habitáveis - e rentáveis - para os europeus e norte-americanos), o desenvolvimento da medicina tropical representou um meio de os países ocidentais se apropriarem dos trópicos. Desse modo, asseguravam não apenas sua presença física, mas também um domínio dos corpos nativos propriamente dito, disciplinando-os por meio da limpeza e o controle, impondo virtudes da civilização ocidental, endossados pela vigilância médica de seu meio ambiente (Löwy, 2006, p.39).

A nova ciência possibilitava que se controlasse os efeitos econômicos danosos de uma doença epidêmica pela eliminação dos vetor não-humano, sem prover serviços curativos para a população nativa. Essa abordagem foi adotada no manejo da saúde das populações dominadas, vistas de modo coletivo e não individualizado. A noção de “doença nativa”, se manteve, agregada de um discurso moralizante, baseado em noções de higiene que instrumentalizavam um pretenso “processo civilizatório” que era evocado para justificar a continuada presença imperialista no decorrer da primeira metade do século XX (Worboys, 1976, p.68).

Figura 5 - Propaganda de sabão usa o tema do "Fardo do Homem Branco"¹²⁵ para encorajar pessoas brancas a ensinar noções de higiene a membros de outras raças - 1899

FONTE: Wikipedia, Domínio Público, 5 set. 2013.

Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/O_Fardo_do_Homem_Branco

Podemos identificar a inequívoca permanência da ideia de “mente primitiva” na fala de Andrew Natsios, chefe da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional¹²⁶ (sigla em inglês, USAID) em 2001, com relação ao orçamento proposto pelo secretário-geral da ONU, Kofi Annan, para um possível fundo global para HIV-AIDS (Messac, Prabhu, 2013, p.2672). Naquela ocasião, Andrew Natsios sugeriu que os pacientes africanos com HIV e AIDS não deveriam receber um coquetel de remédios que demandasse a tomada em duas ou três vezes por dia, uma vez que eram incapazes de aderir precisamente aos horários de tomada da medicação.

¹²⁵ “O Fardo do Homem Branco” é um poema inglês escrito por Rudyard Kipling, em 1898, se referindo ao colonialismo inglês como um empreendimento nobre. A propaganda retratou visões exóticas e racializadas das colônias e dos “nativos doentes”, como fez este anúncio para sabão de peras, que exemplifica a linguagem moral da saúde e o “processo civilizador”. O anúncio publicado no Harper’s Weekly em setembro de 1899.

¹²⁶ Esta instituição define qual o volume de recursos será destinado para o tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida (sigla em inglês, AIDS) em países em desenvolvimento.

O maior problema, se você olhar no orçamento de Kofi Annan, é o fato da metade do orçamento ser destinado para os antirretrovirais. Se os tivéssemos hoje, não poderíamos distribuí-los. Não podemos administrar o programa porque não temos os médicos, não temos as estradas, não temos a cadeia fria. [...] se você já viajou para a África rural você sabe disso. Isso não é uma crítica, apenas um mundo diferente. O povo não sabe o que é relógio de pulso. Eles não têm meios ocidentais para contar o tempo (depoimento de Andrew Natsios, 2001).

Em meio a todo esse processo de expansão imperialista, houve também a incorporação de médicos missionários, que compunham missões cristãs, que atuavam nas áreas colonizadas. Segundo Worboy (1976, p.68), enquanto a medicina colonial tinha como foco as populações, sobretudo nas doenças epidêmicas, os missionários atuavam junto aos indivíduos, intercalando caridade, cuidado médico e proselitismo religioso, buscando construir uma razão humanitária para a missão civilizatória do colonialismo. Abaixo temos um anúncio do jornal missionário médico em 1909, solicitando doações de britânicos para um hospital missionário (Vaughan, 1991; Vongsathorn, 2012).

Figura 6 - Anúncio em Jornal Missionário Médico britânico solicitando doações para um hospital missionário no Congo _ 1909

FONTE: Farmer, Kim, Kleinman, Basilico, 2013, p.48

Segundo Packard (2016), já podemos identificar nessa época, indícios de ações em doenças específicas, de modo verticalizado, ou seja, determinado de cima para baixo, marcadas por uma lógica de subordinação de países do sul aos países do norte, com a incorporação de tecnologias biomédicas disponíveis naquela época. Ao longo do tempo, as instituições responsáveis pela saúde internacional tenderão a manter a lógica de

“levar” os extraordinários benefícios da medicina moderna embalados como “presentes” paternalistas que propiciarão civilização a atrasada periferia, a partir da filantrópica metrópole imperial, que assim mostrava suas virtudes e seu poder. Ousaria dizer que em tempos de saúde global, seguimos a mesma lógica.

Em suma, as ações da medicina colonial e tropical buscaram: proteger as forças militares imperiais para permitir a conquista; facilitar a ocupação e expansão colonial; tornar "os trópicos" habitáveis para colonos europeus; salvaguardar os interesses comerciais; melhorar a produtividade dos trabalhadores (escravizados, endividados, coagidos); melhorar as relações coloniais e afastar a agitação; subjugar as populações conquistadas; reforçar a estratificação política e social entre colonizador e colonizado, afirmando a superioridade cultural; "salvar almas" através da cristianização, trabalho missionário, esforços humanitários; estruturar uma missão "moral", através de justificativas paternalistas para “civilizar” populações e apoiar economias em desenvolvimento (Birn et al.,2017).

No século XVIII, a medicina e a saúde pública haviam se estabelecido como os principais ingredientes na colonização de povos ao redor do mundo, muito mais nefastos do que a sua usual representação como o componente humanitário de empreendimentos militares e políticos (Birn et al.,2017, p.8).

Enquanto todas essas ações embasavam o sistema colonial, no continente europeu estava em curso o incremento de movimentações comerciais internacionais. As cidades europeias sentiam o impacto da mudança de um padrão agrícola para um incremento industrial, com o êxodo da população do campo para o espaço urbano, onde as condições sanitárias eram insalubres, propícias para a eclosão de epidemias.

Cabe ressaltar que havia também intensos movimentos migratórios estimulados pelo expansionismo territorial dos potenciais europeias, como motivações geopolíticas e econômicas. Tais deslocamentos populacionais intensificaram-se no século XIX e início do XX, sobretudo no sentido da Europa e Ásia para as Américas.

Figura 7 - Movimentos Migratórios do século XVI ao início do século XX

FONTE: Geo-Conceição, 28 jul.2010

Disponível em: <http://geoconceicao.blogspot.com/2010/07/migracoes.html>

Em meio a esse intenso fluxo de pessoas e de comércio, a confluência das competições entre os impérios coloniais europeus em meados do século XIX passa a ser comprometida pelas usuais medidas de proteção sanitária aplicadas nos portos, ameaçando os lucros comerciais. Estabelece-se, assim, a necessidade de pautar essa questão na agenda de uma saúde pública transnacional insipiente, nesse momento limitada a região do mediterrâneo.

3.1.2 Saúde Pública Transnacional_ entre a Segurança Sanitária e os Interesses Comerciais

O desenvolvimento do sistema colonial e a expansão do comércio internacional, com um intenso trânsito¹²⁷ de mercadorias e pessoas entre os países e continentes fez com que ao espaço “natural”¹²⁸ se superpusesse um espaço técnico, dominado pelo

¹²⁷ A intensidade desse trânsito se expressa no aumento da frota mundial de navios mercantes na ordem de 1400.000 toneladas anuais (período 1900-1914), de modo que em 1913, a Inglaterra possuía 18.696 embarcações mercantes; a Alemanha 5.082; Itália 1.522; Espanha 841, e Portugal, 121 (Enciclopédia Universal Ilustrada Europeu-Americana, 1928, apud Secco, 2007, p.101).

¹²⁸ Segundo Santos (2006, p.156), a história do meio geográfico pode ser grosseiramente dividida em três etapas: o meio natural, o meio técnico, e o meio técnico-científico-informacional.

maquinismo (Milton Santos, 2006, p.156). Nesse cenário de movimentação, também as epidemias¹²⁹ cruzavam as fronteiras entre os países ou entre um império colonial e outro.

Figura 8 - A grande migração transatlântica do século XIX

Fonte: Atlas da mundialização, dossiê especial.

Disponível em: <https://geografia.hi7.co/mapas-e-estatisticas-de-imigrantes-no-brasil-56c3cfdcfcae2.html>

Assim, no século XIX, em meio a uma economia industrial, e um crescimento urbano desordenado, a insalubridade da moradia e trabalho nas cidades europeias passa a ser a regra. Estava delineado as condições ideais para o florescimento e disseminação de doenças. Além disso, a propagação das epidemias foi facilitada pelas grandes migrações desse século, com mais de 30 milhões de europeus empobrecidos cruzando o

¹²⁹ Durante o século XIX, as grandes pandemias de cólera se originaram na Índia, país onde a doença se manifestava epidemicamente desde 1816, e se alastrou para a Europa (Rosen, 1994).

Oceano Atlântico, em sua maioria¹³⁰, em direção ao oeste, à América¹³¹ (Rosen, 1994, p.215).

[...] Nesse tempo, mudanças profundas na vida econômica e social de várias comunidades europeias punham em movimento uma onda de migração que viria a perturbar a situação prevalente nos Estados Unidos durante as três primeiras décadas do século. O terrível choque produzido pelo influxo inesperado de enxames de imigrantes empobrecidos se fez sentir primeiro em cidades costeiras, como Nova York e Boston. Os recursos inadequados diante da complexidade crescente de problemas como moradia, suprimento de água, esgotamento e drenagem depressa trouxeram à luz toda uma linhagem de males. Suas mais características expressões era o cortiço urbano. [...] Com o crescimento da imigração e da população, a moradia passou a ser um problema permanente (Rosen, 1994, p.187).

A necessidade de controlar a expansão das epidemias fez com que a origem, a transmissão e o controle das doenças comunicáveis se tornassem, no século XIX, questões candentes de política e saúde pública. A resposta para essas questões ficava polarizadas entre a teoria contagionista ou miasmática¹³² e a anticontagionista¹³³, embora, nesse confronto, até a última parte do século XIX, a primeira dominou, identificada com a institucionalização do sistema de quarentena e cordões sanitários¹³⁴.

Entretanto, a partir do século XIX esses métodos praticados tradicionalmente nos portos europeus, passaram a causar prejuízos econômicos e constituir uma ameaça às posições protecionistas do comércio que dominavam os interesses das grandes potências. A partir de então, as questões sanitárias passam a ser tratadas numa perspectiva internacional, motivadas por interesses de caráter econômico e medidas de limpeza urbana (Cueto, Palmer, 2016).

¹³⁰ O Brasil também foi um destino de muitos emigrantes europeus que aproveitaram o programa de imigração subsidiada promovido pelo Brasil no final do século XIX, para atender os interesses de uma elite cafeeira paulista, necessitando de mão de obra para suas lavouras, além do desejo de promover o “branqueamento” da população brasileira (Camargo, 2004, p.134).

¹³¹ O destino mais cobiçado pelos europeus era os Estados Unidos com a entrada, entre 1820 e 1930, de mais de 30 milhões de europeus que cruzaram o Oceano Atlântico. Com crescimento da imigração e da população, a moradia nas cidades americanas passou a ser um problema, resultando no cortiço urbano (Rosen, 1994).

¹³² Desde o século XVIII e XIX, a explicação sobre a origem e expansão das doenças infecciosas organizou-se de modo polarizado, entre as teorias contagionistas e anticontagionistas, motivada por divergências quanto à organização das práticas sanitárias, que, desde a Idade Média, ancoravam-se tanto na noção de contágio como na de miasma. Segundo a teoria do “miasma”, a exposição a ambientes insalubres, em particular aos “maus humores”, “mau ar” produzido por névoas nocivas ou vapores, é responsável pela propagação da doença, sendo essa a explicação mais amplamente aceita para a causa de doenças contagiosas nessa época. Nas cidades europeias, a teoria miasmática justificou muitas práticas e orientações de higiene adotadas na saúde pública, tal como o modo de projetar os sistemas de esgoto visando lançar os odores ofensivos longe das populações suscetíveis. Nas colônias tropicais, a teoria miasmática definiu a geografia da estratificação social no assentamento colonial: as populações de pessoas nascidas na Europa se estabeleciam nas áreas mais elevadas e salubres, onde a brisa fresca mantinha o ambiente saudável, enquanto que as populações nativas eram instaladas nas áreas insalubres, planícies pantanosas associadas a febre e doenças (Czeresnia, 1997).

¹³³ A teoria anticontagionista entendia que as únicas causas das infecções e doenças epidêmicas eram contágios específicos (Rosen, 1994, p.222).

¹³⁴ No século XVII, na Europa, o cordão sanitário tornou-se o método padrão de prevenir a rápida propagação de doenças entre povoados, impedindo a proliferação de uma epidemia (Porter, 1994, p.53).

Isso [a ordem institucional no campo da medicina vigente até o século XVIII, chamada medicina iluminista] começou a mudar em meados do século [XIX], com a criação de agências nacionais dedicadas à saúde, e em seguida nos últimos anos do século XIX, à medida que essas agências começaram a ter contato umas com as outras em reuniões internacionais sobre questões sanitárias marítimas. Foi nessa época que noções fundamentais de controle, como “desinfecção”, “fumigação” e “isolamento”, foram desenvolvidas, principalmente em relação à proteção das economias exportadoras emergentes e, posteriormente, estendidas à regulamentação da vida também na cidade. A partir daí, a interação entre os domínios sanitários internacional e nacional ganharia maior intensidade (Cueto, Palmer, 2016).

Por outro lado, a institucionalização da quarentena e de seu corpo de funcionários, em torno do qual estava organizado o controle nos portos europeus no mar mediterrâneo, representava uma estratégia de enfrentamento das epidemias, na esfera da legislação e da administração da saúde pública, fortemente consolidada. Portanto, o ataque ao contagionismo, significava um golpe em toda uma estrutura burocrática organizada em torno dessas práticas Erwin Ackerknecht¹³⁵ (1948).

O contagionismo encontrou sua expressão material nas quarentenas e em sua burocracia e toda a discussão nunca foi somente sobre contágio e quarentenas. Para a classe de industriais e comerciantes, que se desenvolvia rapidamente, quarentenas significavam fonte de perdas, limitação à expansão, arma de controle burocrático que essa classe não estava disposta a tolerar e exerceu pressão utilizando recursos materiais, morais e políticos para demonstrar que as bases científicas da quarentena eram frágeis [...]. Os anticontagionistas não foram simplesmente cientistas, mas também reformadores que defenderam a liberdade do indivíduo e do comércio contra os obstáculos do despotismo e da reação (Ackerknecht, 1948, p.567).

Sendo assim, em meio a confluência de competições de impérios coloniais europeus em meados do século XIX, impactada pelas disparidades das medidas de quarentena que resultavam em prejuízos comerciais, criou-se a necessidade de um certo alinhamento quanto a essas medidas, originando a governança na saúde. Dominique Kerouedan (2013, p.8), em *Geopolítica da Saúde Mundial*, sublinha o fato de que a “tensão entre ciência e poder político, subordinada a interesses comerciais, constitui, desde o nascimento, o paradoxo inerente à saúde mundial”. O que significa que a cooperação internacional em saúde será marcada por esse paradoxo, expresso no fato de a satisfação de interesses econômicos tem supremacia, sendo a proteção da saúde das populações a eles subordinada.

¹³⁵ Erwin Ackerknecht, publicou em 1948, estudo seminal sobre o anticontagionismo entre 1820 e 1860. Na visão desse autor, o contagionismo estava associado à antigos poderes burocráticos. Isso era visto com desconfiança pelos adeptos do liberalismo econômico que se desenvolveu nos séculos XVIII e XIX, que ao contrário, tentavam reduzir ao mínimo a interferência do Estado.

Desse modo cem anos antes da criação da Organização Mundial da Saúde, em função do tensionamento entre tantos interesses, essencialmente eurocêntricos, ocorreu a primeira Conferência Sanitária Internacional (CSI)¹³⁶, em Paris, em 23 de julho de 1851, cuja pauta principal era atacar o problema da propagação transnacional de doenças através da cooperação interestadual, transformando práticas heterogêneas e localizadas de quarentena em ações uniformes e higiene preventiva. A referida preocupação está expressa no exceto do discurso de abertura proferido pelo representante do Ministério de Assuntos Estrangeiros da França, Sr. CE David.

[...]Há muito tempo as pessoas reclamam, com razão, da diversidade dos regulamentos de saúde que, em detrimento do comércio das diferentes nações, estabelecem tanto embaraço e, muitas vezes, uma infeliz desigualdade. Sem dúvida, senhores, o primeiro cuidado que deve nos ocupar é a defesa da saúde pública contra os perigos que podem ameaçá-la. As medidas adotadas devem ser tais, que as várias nações sejam tranquilizadas contra os perigos que acreditam ameaçá-los. [...]Devemos conciliar de maneira sábia o que é necessário para a salvaguarda da saúde pública; e até façamos algumas concessões as ideias profundamente enraizadas na mente, para que sejam imediatamente eliminadas; ao mesmo tempo, dando à navegação toda a liberdade que ela pode gozar sem perigo. Esses são problemas muito difíceis de resolver; e é por isso que apelamos à união das luzes da ciência e da experiência prática que brilha nesta conferência. (I Conferência Sanitária Internacional, 1851, p.3).

Segundo Bynum¹³⁷ (1993), as Conferências Sanitárias Internacionais representam a interação entre a ciência, nacionalismo, e internacionalismo, visando à governança das doenças. Contudo, esse autor não conseguiu delimitar claramente o mecanismo pelo qual a ciência articulou-se às agendas políticas.

A primeira CSI foi marcada pela presença de médicos, juntamente com diplomatas, representando os diversos países. Para Bynum (1993, p.431), consistiu em uma tentativa de que a ciência desempenhasse um papel de mediação com ares de neutralidade política, no enfrentamento da prática de quarentena, em uma conjuntura marcada por um nacionalismo exacerbado.

Em um momento de crescente nacionalismo, intensidades de rivalidades internacionais e flagrante imperialismo, especialmente com a intensificação da corrida para o último grande continente não reivindicado e parcialmente

¹³⁶ A primeira Conferência Sanitária Internacional reuniu médicos e diplomatas de onze países, em sua maioria europeus, sendo a Turquia a única exceção. Um projeto de Regulamento Sanitário Internacional (RSI) é adotado, assinado pela França, Sardenha, Portugal, e Turquia, sendo que esses dois últimos tiram seu apoio posteriormente (Kerouedean, 2013, p.8). A primeira participação dos Estados Unidos na Conferência Sanitária Internacional se dá a partir de 1881 (Almeida, 2012).

¹³⁷ Bynum (1993, p.426,427), chama atenção para o fato de que apesar do “internacional” dos títulos das Conferências, os encontros foram fortemente europeus. As primeiras Conferências permaneceram fundamentalmente europeias na sua composição e preocupação, com a adição de delegados da Turquia, Egito, Índia, e eventualmente os Estados Unidos e Japão.

inexplorado, a África, essas reuniões poderiam ser bem-vindas antídotos à divisão da competitividade do final do século XIX e jingoísmo¹³⁸. Afinal, a ciência poderia reivindicar ser politicamente neutra e sem valor, e a saúde facilmente erigida em um bem universal. "O melhor tipo de corrida internacional é aquele em que as nações competem para beneficiar a humanidade", observou Sir Ronald Ross, o malariologista (Bynum, 1993, p. 424).

Mais recentemente, Valeska Huber (2006) dedicou-se a análise das Conferências Sanitárias Internacionais que ocorreram no decorrer do século XIX, ou seja, entre 1851 e 1894. Tal como Bynum (1993), Huber (2006) reforçou o esforço dos delegados no sentido de padronizar os procedimentos de controle da propagação de doenças, através da cooperação internacional. Esses objetivos eram temperados com a retórica de um mundo sem fronteiras e do reconhecimento quanto ao anacronismo das medidas tradicionais, como podemos identificar no excerto do discurso do delegado francês (Huber, 2006, p. 456).

Cada vez mais as comunicações entre os povos, são tão numerosas e cada vez mais rápidas; a navegação por navios a vapor, ferrovias e, além disso, essa feliz tendência das populações de se visitarem, de se misturar, de se fundir, uma tendência que parece fazer de diferentes povos uma única e grande família, e você será forçado admitir que, para uma doença tão difundida e nessas condições, cordões e quarentenas não são apenas impotentes e inúteis, mas são, na grande maioria dos casos, impossíveis, e que tudo mostra que seu tempo já passou[...]. (Paris, 1851, Protocolo nº11, 27 setembro 1851, delegado francês Mélier, p.9,10).

Entretanto, subjacente a descrição da humanidade como uma grande família, o projeto internacionalista da CSI incluía a reforma das estruturas sanitárias otomanas à luz das normas sanitárias de organização europeia. Desse modo, enquanto os países europeus se opunham a qualquer controle internacional em nome da soberania nacional, interesses geopolíticos justificam intervenções em assuntos do estado otomano. Analisando a CSI sob a perspectiva otomana, Ersoy et al. (2011, p.73), ressalta que as decisões tomadas nas Conferências Sanitárias Internacionais ocorridas entre 1851 e 1938 foram marcadas por significativa intervenção nos assuntos internos do estado otomano.

Outro aspecto muito importante é que na medida que o conhecimento da ciência médica avançava, sobretudo na área da microbiologia¹³⁹, a partir das descobertas de

¹³⁸ Jingoísmo é o nacionalismo exacerbado na forma de uma política externa agressiva. O termo surge no Reino Unido, nos anos 1870, para designar a posição política que associava beligerância em relação à Rússia e nacionalismo expansionista.

¹³⁹ O modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde no mundo ocidental tem sua gênese entre os séculos XVIII e XIX, com as contribuições de Pasteur, Koch e outros no campo da biológica e da microbiologia. A medicina científica foi construída no período

Pasteur e Koch, do final do século XIX, inaugurando um novo paradigma da medicina¹⁴⁰ científica, o papel da nova ciência médica passa a ser incorporado pela CSI. Os dispositivos científicos modernos, com máquinas de desinfecção, passam a serem vistos como ferramentas de controle mais refinado das fronteiras europeias, em substituição às quarentenas. Essa percepção pode ser identificada na declaração de Argopoulos, o representante da Grécia, que anteriormente havia sido fortemente a favor da quarentena declarava: “hoje em dia é possível sufocar os germes do flagelo, é por isso que todos concordamos em nos proteger contra o perigo por medidas baseadas na desinfecção no lugar da quarentena” (International Sanitary Conference, 1892, p.175).

Desse modo, a ciência instrumentalizará o grande objetivo desses encontros, que em última instância era criar fronteiras permeáveis ao colonialismo europeu e seus interesses comerciais, porém impermeáveis a determinados grupos, entre eles os migrantes que viessem da Ásia (Huber, 2006).

Como desenvolvido acima, [...] outros grupos, tais como transmigrantes, ciganos ou pessoas itinerantes, foram cada vez mais identificados como potenciais portadores de contágio. Essas ideias estão alinhadas com as políticas estatais de sedentarização e a guerra contra os estilos de vida itinerante tanto na Europa como nas colônias. Além disso, ilustram a distinção entre os diferentes tipos de mobilidade encontrados anteriormente: enquanto alguns tipos de mobilidade - conectados à expansão e ao comércio europeus - se tornaram um marcador da modernidade, outros tipos passaram a ser vistos como símbolo do Oriente e sua falta de civilização (Huber, 2006, p.474).

É interessante sublinhar que apesar do prioritário projeto internacionalista eurocêntrico, em função de fluxos migratórios, surgiram desagrvos quanto imigração de europeus para os Estados Unidos, como podemos ver a seguir, no excerto da fala do representante desse país, S Skakespeare, na nona Conferência Sanitária Internacional, ocorrida em 1854.

O Governo dos Estados Unidos aceitou o convite para participar das discussões e conclusões desta Conferência, na esperança de que ela se relacionasse não apenas com a questão da propagação da cólera pelos peregrinos viajando da

formativo do capital, entre o final do século XIX e início do XX, originalmente em países europeus desenvolvidos (Inglaterra, Alemanha e França) (Silva Junior, 2006, p.44).

Índia para Meca, mas também sobre a questão muito importante da disseminação da cólera por emigrantes que viajam da Europa para a América. Na opinião do nosso governo, essas duas questões deveriam interessar, na mesma base, os Poderes da Europa, sendo a importância tão considerável para a saúde pública quanto para as relações comerciais.

É claro, de fato, que se as potências europeias não zelarem pela limpeza e saúde de seus emigrantes, quando a cólera prevalece na Europa, os navios que os transportam ficariam em quarentena nos Estados Unidos; disso resultariam consequências fatais do ponto de vista de nosso comércio internacional e prejudiciais aos interesses materiais da Europa. [...]

É por isso que a Delegação Americana entende que deve formalmente propor à Conferência que leve seriamente em consideração a questão relativa ao tratamento a ser aplicado aos emigrantes que embarcam nos portos europeus, com destino ao América, uma vez que a cólera prevalece na Europa. [...]

O Sr. Hanotaux, Delegado da França, assinalou que a questão levantada e a proposta feita pelo Dr. Shakespeare se referem apenas indiretamente àquelas que são objeto dos trabalhos da presente Conferência e cuja análise o Governo da República convidou os Poderes. (Paris, 1894, Protocolo nº11, 7 fevereiro setembro 1894, delegado dos Estados Unidos, Shakespeare, p.100-102).

Para finalizar, devemos reconhecer no sucesso da organização das CSI, a partir de meados do século XIX, enquanto protótipos do internacionalismo, um movimento no sentido de pautar questões relativas às estratégias de combate as epidemias, em um fórum transnacional. Embora alguns autores apontem para uma tendência internacionalista, é premente sublinhar o seu recorte geopolítico e histórico bem específico, ou seja, eurocêntrico. Além disso, já se evidencia uma permanência até os dias de hoje, da subordinação do encaminhamento dados as questões da saúde pública mundial, aos interesses geopolíticos e econômicos mundiais hegemônicos, temperados com discursos humanitários, para ficarem mais palatáveis. Como nos diz Huber (2006), a tensão entre a liberdade do movimento e a proteção de fronteiras permanece na pauta mundial.

A tentativa de categorizar os diferentes tipos de travessia de fronteiras e os debates sobre a proteção da nova fronteira oriental da União Europeia em um período em que a globalização é um chavão a ser ouvido por todos os lados mostra que a tensão hoje, entre a liberdade de movimento e a proteção das fronteiras existe como no século XIX, quando a unificação das epidemias de cólera destacou as fronteiras entre culturas, nações e continentes (Huber, 2006, p; 476).

O tratamento dados a questão dos migrantes europeus que buscavam entrar nos Estados Unidos foi emblemático, uma vez que, enquanto eram vistos por esse país, como “algo contaminado” que poderia colocar em risco a sua segurança sanitária, era encarada pelos participantes da Conferência Sanitária Internacional, hegemonicamente europeia, quando chamados a assumir a responsabilidade pelas condições de saúde de seus nacionais, como uma questão periférica à temática principal desses encontros, que era a proteção das fronteiras europeias, sem comprometer seus interesses econômicos. O filme

de Charles Chaplin, de 1917, “O imigrante”¹⁴¹, é uma primorosa alegoria dessa época, onde Carlitos decide tentar uma vida melhor e, para isso, embarca em um navio rumo à América. Porém, ao chegar aos Estados Unidos, descobre a rotina de preconceitos e humilhações que os imigrantes vivem no país.

Foto 8 - Cena do filme “O Imigrante” (Charles Chaplin, 1917)

FONTE: Carta Capital- Cinema em Cena

Disponível em: <https://www.migramundo.com/veja-lista-com-mais-de-80-filmes-e-documentarios-que-falam-de-migrantes-refugiados-e-deslocados/>

Em pleno século XXI, temos uma atualização dos dispositivos de proteção das fronteiras estatais, substituindo as quarentenas e os cordões sanitários por campos de

¹⁴¹ Na trama, o personagem resiste a uma difícil jornada de barco na qual os imigrantes têm que viver em condições precárias, sem segurança e constantemente doentes. Mas Chaplin (britânico que também saiu de seu país) destaca que mesmo no pior dos cenários, é possível encontrar empatia e solidariedade, exemplificadas nas atitudes sinceras de Carlitos em relação a uma moça e sua mãe. Os imigrantes, muitas vezes vítimas de preconceito naquela época, são humanizados pelo cineasta, que coloca o espectador na mesma situação passada por eles, chegando a inclinar a câmera de um lado para o outro para que a gente também sinta o balançar nauseante do barco. Uma das cenas mais cruciais mostra os tripulantes se aproximando dos EUA e vendo a Estátua da Liberdade, símbolo do Sonho Americano e do futuro promissor que eles esperavam. Ironicamente, Chaplin filma o monumento lentamente saindo do campo da imagem para dar lugar a uma sequência em que autoridades prendem as pessoas como animais para decidir quem merece ou não entrar na “Terra da Liberdade”. Disponível em: <http://cinemaemcena.cartacapital.com.br/coluna/ler/1964/o-imigrante-de-charles-chaplin>

detenção para refugiados e aplicação de tecnologias biomédicas, “examinando” os solicitantes de refúgio em nome da segura sanitária de seu país.

Foto 9 - Centro de Detenção em Nauru, utilizado para refugiados que tentaram entrar na Austrália_ 2017

FONTE: N. Wright/ACNUDH, 26 de outubro de 2017

Disponível em: <https://www.migramundo.com/em-quatro-anos-australia-aprisona-2-500-refugiados-em-ilhas-no-pacifico/>

Chegamos, assim, ao início do século XX, em meio a um intenso movimento expansionista europeu, em disputa por territórios na África e Ásia, temperado com uma grande dose de nacionalismo. Estavam presentes os ingredientes para a eclosão de Primeira Guerra Mundial, em 1914, que resultou em novo realinhamento geopolítico e movimentos anti-imperialistas.

3.1.3 Entre a Medicina Social e a ilusão de “pílulas mágicas” - o caso da Conferência de Bandoeng

Em meio aos impactos da Primeira Guerra Mundial, o mundo se deparou com o colapso econômico dos Estados Unidos, em 1929, a Grande Depressão, o que resultou em uma depressão econômica mundial, com o agravamento da crise agrária na Europa

Oriental do pós-guerra ameaçando a produção de alimentos e a segurança alimentar global (Weindling, 1995; Borowy, 2009; Amrith, Clavin, 2013). Em um contexto de instabilidade do colonialismo mundial com manifestações anti-imperialistas, esboçava-se um olhar crítico em relação a negligência com a saúde da população das colônias, sobretudo na área rural em franco declínio agrário (Hobsbawn, 2007).

A economia de capitalismo da Era dos Impérios penetrou e transformou praticamente todas as partes do globo, mesmo tendo, após a Revolução de Outubro, parado nas fronteiras da URSS. Esse é o motivo pelo qual a Grande Depressão de 1929-33 iria ser um marco milenar na história dos anti-imperialismo e dos movimentos de libertação do Terceiro Mundo¹⁴² (Hobsbawn, 2007, p.202).

Com o final da Primeira Guerra Mundial e a eclosão da Revolução Russa, um significativo número¹⁴³ de refugiados começa a vagar pela Europa, fazendo surgir o debate sobre sua proteção, uma vez que, segundo Arendt (2012, p.369), “eles tornavam-se apátridas; quando perdiam os seus direitos humanos, perdiam todos direitos: eram o refugio da terra”. Desse modo, em 1921, o Conselho da Liga das Nações¹⁴⁴ criou o primeiro Alto Comissariado para Refugiados destinado, principalmente, a apoiar os refugiados russos, contando também com o suporte humanitários da Cruz Vermelha Internacional (Silva, 2017, p.163). O excerto de um artigo publicado no jornal The Guardian, em 1937, nos remete as vulnerabilidades experienciadas por esses indivíduos.

O Tráfico de Mulheres

A Liga das Nações tem sido persistente em seu trabalho para impedir o tráfico de mulheres e crianças, bem como no controle da prostituição em cada país.[...] Como resultado do relato em uma Comissão da Liga, em 1932, a respeito do tráfico de mulheres e crianças no extremo Oriente, decidiu-se realizar uma conferência com a participação de países orientais interessados, a fim de decidir sobre os melhores métodos de ação.[...] Os dois problemas não são absolutamente separáveis, e todos os países devem se responsáveis por suas

¹⁴² A origem do nome provém do demógrafo francês Alfred Sauvy, que propunha a ideia de um Terceiro Mundo inspirado na ideia do Terceiro Estado, usada na Revolução Francesa. Os países membros do Terceiro Mundo deveriam se unir e revolucionar a Terra, como fizeram os burgueses e revolucionários na França. Os chamados Primeiro e Segundo Mundo surgiram de uma interpretação errônea por parte da mídia, que não entendeu a mensagem de Sauvy. O “Primeiro Mundo” seria o dos países capitalistas desenvolvidos, o “Segundo Mundo” seria o dos países socialistas industrializados. Restaria o “Terceiro Mundo”, os países capitalistas economicamente subdesenvolvidos e geopoliticamente não-alinhados. O termo foi oficialmente adotado durante uma reunião de países asiáticos e africanos que se emanciparam da colonização europeia, em abril de 1955, na Conferência de Bandung, na Indonésia. Desse modo, tal terminologia começou a ser utilizada a partir da Guerra Fria, nos anos 1950. Na categoria de “Terceiro Mundo” estavam as nações pobres, na maioria da África, Ásia, América Latina e Oceania. Em escala global, o Terceiro Mundo era constituído por cerca de 90% da população do Planeta, ou seja, pela maioria de pessoas excluídas e exploradas pelos grandes poderosos. Por outro lado, na categoria dos países do “Primeiro Mundo, estavam os países capitalistas desenvolvidos, e entre os países do “Segundo Mundo”, estavam os países socialistas (Schechner, 2014, p.719,720).

¹⁴³ Segundo Hobsbawn (2007, p.57), a Primeira Guerra Mundial e a Revolução Russa forçaram milhões de pessoas a se deslocarem como refugiados, ou por compulsórias “trocas de população” entre Estados, que equivaliam à mesma coisa. Um total de 1,3 milhão de gregos foram repatriados para Grécia, sobretudo da Turquia; 400 mil turcos foram decantados no Estado que os reclamava; cerca de 200 mil búlgaros passaram para o diminuído território que tinha o seu nome nacional; enquanto 1,5 ou talvez 2 milhões de nacionais russos, fugindo da Revolução Russa ou no lado perdedor a Guerra Civil russa, se viram sem pátria.

¹⁴⁴ A Liga das Nações foi criada em 1919, ao fim da PMG, com o objetivo de servir de espaço para a discussão entre as nações e assim evitar a guerra.

próprias medidas no combate à prostituição, porém qualquer controle do chamado “tráfico de escravos brancos” depende do sucesso da cooperação internacional. O relatório de 1932 mostrou que atualmente o tráfico consiste principalmente na transferência de mulheres e crianças orientais, [...]. Um sistema de controle realmente adequado é difícil de ser instituído. Onde a pobreza absoluta é comum, como por exemplo entre os refugiados russos “brancos” na Manchúria, é quase impossível impedir a prostituição ou o tráfico de mulheres. Possivelmente, a melhor coisa que possa ser feita é incentivar instituições que cuidem das mulheres quando elas são transferidas para seus próprios países. [...] (The Guardian, 6 de fevereiro de 1937, p.12).

A parte a “incomoda” situação dos refugiados russos circulando na Europa, ostentando sua condição de territorialidade “extra” na esperança de conquistar outra, questionando o Estado-Nação, havia demandas postas no âmbito da saúde mundial a partir da década de 1930 que ameaçavam a estabilidade dos países europeus. Havia uma conjuntura de fragrantíssimas iniquidades econômicas e sociais ao redor do mundo, as quais passavam a ser interpretadas como uma ameaça a recuperação econômica e segurança internacional. Tal preocupação se expressa, segundo Amrith e Clavin (2013, p.36), por um temor crescente por parte da esfera política dos Estados Unidos e Austrália, de que a pobreza agrária e o crescimento asiático levassem a milhares de pessoas a emigrarem para seus países. Além disso, havia o receio de que os jovens alemães desempregados tomassem consciência das questões políticas subjacentes a crise (Stachura, 1989, 117). Em uma Alemanha, que na década de 1932, tinha uma alta taxa de desemprego juvenil¹⁴⁵, o excerto do discurso do Chanceler Brüning expressa esse receio.

[...] É então para se perguntar se nos corações e mentes desses milhões de adolescentes está germinando um extremismo político que entende uma melhora somente através do colapso e destruição de tudo que existe agora e se instintivamente eles podem enxergar isso [buscar refúgio em organizações políticas] como suas últimas esperanças? (Discurso do Chanceler Brüning, em 28 de maio de 1932, apud Brown, Fee, 2015a, p.64).

Não podemos esquecer que a LNHO, enquanto agência da Liga das Nações, comunga desses objetivos, como nos disse Joseph Avenol, Secretário Geral da Liga das Nações, em seu discurso de abertura do Congresso Europeu de Higiene Rural, em 1931, seria importante reconhecer a “unidade essencial da Europa” e a necessidade de um tipo de cooperação internacional na qual os Estados agora trabalhariam juntos para fins

¹⁴⁵ Segundo Stachura (1989, p.117), no final de 1931 havia 840.000 pessoas com idade entre 14 e 21 anos desempregadas. No verão de 1932, a depressão econômica chegou a o seu ponto mais crítico, atingindo a marca de um milhão em abril de 1932, em meio a severa política deflacionária de Brüning.

nacionais e não internacionais, colocando a saúde internacional explicitamente a serviço do Estado (Liga das Nações, 1931, p.16).

Contudo, Ludwig Rajchman, médico polonês visionário, assume a gestão da Organização de Saúde da Liga das Nações (LNHO, sigla em inglês) a partir de 1921, tensionando as expectativas comedidas de Avenol, buscando inverter a lógica de sua proposição, de modo que os Estados colaborassem para a construção de uma saúde internacional (Balinska, 1991). O excerto do artigo do jornal *The Guardian*, em 1928, nos permite identificar o seu esforço para manter-se alinhado a retórica pacificadora da Liga das Nações, interessada na estabilidade social e distribuição de recursos, sinalizando, contudo, para o desejo de buscar a internacionalização da saúde, para além da Europa.

Trabalho Médico pela Liga das Nações

Na seção de medicina preventiva, o Dr. L. Rajchman, secretário do Comitê de Saúde da Liga das Nações, fez um discurso esclarecedor sobre o trabalho da Liga na promoção da saúde internacionalmente. A primeira preocupação do Conselho da Liga, disse ele, era garantir a paz, mas ele lembrou ao público que a Liga admitia que países que não eram membros colaborassem em suas atividades técnicas – econômicas, financeira, trabalhista, transporte e saúde. [...] Dr. Rajchman descreveu de modo entusiasmado o grande despertar para a necessidade de gerar saúde que resultou dessas atividades, não apenas na Europa, mas para todo o mundo. [...] (*The Guardian*, 18 jul.1928, p.15).

A extensão da crise econômica mundial após 1930 fez com que a LNHO voltasse sua atenção para o impacto da depressão econômica sobre a saúde¹⁴⁶ das pessoas, tornando a medicina social o foco de suas atividades¹⁴⁷. A investida de maior alcance no sentido de integrar áreas extra europeias¹⁴⁸ em um trabalho abrangente se deu na Ásia¹⁴⁹, tendo como fio condutor a higiene¹⁵⁰ rural¹⁵¹.

¹⁴⁶ A mudança na política da LNHO foi sinalizada em setembro de 1932 pela divulgação do relatório. “A depressão econômica e a saúde pública”. A produção desse relatório ocorreu a partir da constatação de que os indicadores disponíveis na época não revelavam o esperado impacto da crise econômica sobre a saúde da população europeia. (Brown, Fee, 2015a; Brown, Fee, 2015b).

¹⁴⁷ Os outros campos de atuação da LNHO eram: programas permanentes, sobretudo com foco em padronizações biológicas e inteligência epidemiológica; Divulgação de informações relativas a saúde mundial através de várias publicações estatísticas; programas para estabelecer e manter contato e comunicação entre a comunidade de saúde pública de diferentes países através de encontros, grupos de estudo, entre outras estratégias (Borowy, 2010, p. 12).

¹⁴⁸ A LNHO colaborou com especialistas latino-americanos em saúde pública, e doenças infecciosas desde o início da década de 1920 até a eclosão da Segunda Guerra Mundial (Weindling, 2006).

¹⁴⁹ A LNHO se aproximou da China em 1925, e apoiou a reforma do seu sistema de saúde (Borowy, 2010, p.20).

¹⁵⁰ Em meio as discussões que se seguiram a partir de meados do século XIX, quanto as relações causais entre condições sociais e a saúde dos indivíduos, Eduard Reich apontou para a higiene social como forma primeira de medicina social. Anos depois Alfred Grotjahn produziu seu conceito de higiene social, iniciando o desenvolvimento teórico da medicina social durante a primeira metade do século XX. Para esse autor, um dos principais problemas da higiene social seria a degeneração física e social, e nesse sentido, enfatizava a importância de um programa de eugenia (Rosen, 1980, p.118).

¹⁵¹ O conceito de saúde rural tem contornos imprecisos. Segundo Cherry (2005) e Borowy (2009), ela se constitui a partir da intercessão de várias facetas do desenvolvimento, tais como: a acelerada industrialização e urbanização em todo o mundo europeu; a reversão da distribuição tradicional de mortalidade que, pela primeira vez na história da humanidade, tornou as áreas rurais lugares menos saudáveis que as cidades; e conflitos sobre a propriedade da terra, que transformou a população rural empobrecida e insatisfeita em uma fonte temida de instabilidade e potencial agitação.

Um marco importante da discussão do tema na Europa, foi a Conferência Europeia sobre Higiene Rural, em 1931¹⁵², sob a presidência do espanhol Gustavo Pittaluga. Esse encontro foi marcado por uma participação multidisciplinar, com médicos, gestores, administradores, agricultores, engenheiros e organizadores de associações agrícolas, buscando estabelecer alguns princípios norteadores das ações em saúde nas áreas rurais europeias. Temos abaixo um excerto do discurso de abertura feito por Pittaluga, indicando a preocupação com a saúde da população residente na área rural.

Foi a Grande Guerra que trouxe a luz a dolorosa realidade da vida do camponês e as grandes necessidades higiênicas do meio rural; já que, com a Grande Guerra valorizou-se, do ponto de vista demográfico, a importância da população rural e que forçou os governos a perceber, com base em dados estatísticos relativos à mortalidade e morbidade por algumas doenças infecciosas, o grande perigo a que estamos expostos se não dedicássemos toda a atenção merecida aos problemas relacionados à saúde pública nos círculos agrícolas e rural. (Conferência Europeia de Higiene Rural, 1931, v.2.p.18)

As recomendações¹⁵³ geradas nessa Conferência, em grande parte serviram para nortear as atividades da LNHO fora da Europa e esboçar uma agenda inicial para a Conferência Intergovernamental dos Países do Extremo-Oriente sobre Higiene Rural¹⁵⁴, em Bandoeng, na Indonésia, em 1937.

Com o objetivo de compreender a diversidade e complexidade dos problemas de saúde e o impacto da crise econômica mundial sobre a miséria e saúde nesses países, um grupo de três¹⁵⁵ consultores percorreram a região durante o ano de 1936, produzindo um material que serviu de base para a realização do encontro de 1937 (Amrith, 2006; Brown, Fee, 2008). Após essas visitas, os consultores expressaram uma grande surpresa diante

¹⁵² Nessa Conferência estiveram presentes 24 países europeus e o não-europeus como observadores (incluindo China, Índia e Japão) (Litsios, 2014, p.114).

¹⁵³ Ao final da Conferência de 1931, as recomendações apontavam para três tópicos principais: (1) assistência médica; (2) serviços de saúde; e (3) saneamento. O primeiro deles pedia a colaboração de autoridades públicas, a profissão médica, instituições de seguro de saúde, associações de benefícios mútuos, e agências privadas no fornecimento efetivo de assistência médica. O segundo pedia que o Estado assumisse a responsabilidade primária de estruturar a política de saúde das áreas rurais, sugerindo a organização de centros de saúde, centros de diagnóstico, laboratórios e tratamento especializado. Nos centros de saúde, os médicos seriam responsáveis por no máximo 2.000 pessoas, contando com pessoal auxiliar tecnicamente qualificado, com enfermeiros, inspetores e agentes de saúde, atuando em tempo integral. O terceiro elencou algumas iniciativas esperadas das autoridades de saúde, tais como: a construção de rede de água e esgoto, além da destinação adequada do lixo. Além de melhorar as condições de habitação rural através de programas de educação, aumentando os recursos financeiros através de crédito barato ou aprimorando o suporte técnico aos agricultores (Liga das Nações 1931, vol. 1, p.15, 24, 42).

¹⁵⁴ A sugestão para a realização dessa Conferência partiu de delegados da Índia e China durante a Assembleia da LNHO, em 1932 (Litsios, 2014, p.114). Na Índia, os movimentos nacionalistas estavam em cursos desde 1885, buscando livrar-se da dominação britânica, e tiveram como líder Gandhi (Amrith, 2006). Em relação a China, Rajchman durante sua gestão à frente da LNHO, estimulado por Gunn, funcionário da FR que atuava na China, realizou muitas visitas a esse país, passando a considerá-lo uma inspiração para a reconstrução rural da Europa (Packard, 2016, p.1527).

¹⁵⁵ O grupo era composto por A. S. Haynes, secretário colonial dos Estados Federados Malaio Federated Malay, C. D. de Langen, decano da Faculdade de Medicina da Batávia, and E. J. Pampana, um malariologista venezuelano que era Secretário da Comissão sobre Malaria da Liga das Nações. Entre abril e agosto de 1936, os três visitaram a Índia, Birmânia, Tailândia, Malásia, Indochina, Filipinas, Índias Orientais Holandesas e Ceilão (LNHO, 1937).

do que observaram, como expresso no excerto da carta de Haynes, ao deparar-se com um processo de reconstrução baseada em interconectividade da saúde, agricultura, pobreza e segurança.

Os países que visitamos são quase inteiramente agrícolas. . . em cada país, a "reconstrução rural" é destaque nos jornais e está nos lábios de todo mundo. [...], Mas é indiscutível que uma reorientação das políticas governamentais está ocorrendo e que as necessidades do camponês distante e inarticulado estão sendo consideradas nas câmaras do conselho. . . onde sua voz tinha sido pouco escutada (Haynes, 1936, apud Amrith, Clavin, 2013, p.46).

Segundo Borowy (2009) a turnê dessas comissões pelos países da Ásia alterou a agenda da Conferência, sendo muito significativo a adição do tema da reconstrução rural.

[...] questões do sistema de cuidado da medicina colonial para recomendações para o desenvolvimento ampliado das sociedades asiática; de considerações sobre estratégias para organizar populações subservientes aos interesses europeus para a consideração de estratégias para desenvolver as sociedades de acordo com suas próprias necessidades [...] (Borowy, 2009, p.352).

Quanto aos países participantes da Conferência, uma vez que em sua maioria ainda eram Estados coloniais, nos quais estavam em curso movimentações internas para a independência em estágios variados, foram representados por oficiais coloniais europeus, o que refletia uma permanência da interação entre órgãos internacional de saúde e a medicina colonial (Litsios, 2014). Estavam presentes também a Fundação Rockefeller; instituições médicas tropicais do Extremo Oriente; Instituto Internacional de Agricultura; Liga da Cruz Vermelha; e os movimentos nacionalistas em países do Oriente, de caráter reivindicatório.

Podemos observar, pela diversidade de atores em cena nessa Conferência, o tensionamento entre perspectivas diversas sobre a saúde da população rural dos países do Extremo Oriente, o que se expressará nas recomendações finas delineadas em torno de cada temática. Apesar disso, Borowy (2009) considerou ter sido uma grande oportunidade de dar visibilidade para as demandas das populações asiáticas.

Foi um dos primeiros, se não o primeiro grande evento internacional em saúde pública em que vozes asiáticas foram ouvidas e representantes de regiões não-ocidentais foram autorizados a falar por si mesmas e desafiar a ideia de um modelo ocidental universal para a saúde mundial (Borowy, 2009, p.28).

As expectativas por parte dos organizadores da Conferência podem ser identificadas no preâmbulo do relatório final, escrito a pedido de Rajchman, por Selskar

Gunn, expressando muitas ideias consolidadas a partir de sua experiência recente, enquanto funcionário da FR, na China.

Embora seja óbvia que a atenção ao problema da população rural venha recebendo grande consideração por parte dos governantes há muito tempo, é evidente que, desde a Grande Guerra, houve um grande aumento nessa direção. É notável que a população de muitos países e seus governantes percebiam, mais intensamente do que nunca, que a parte da população que vive no campo e suas necessidades básicas para sobrevivência, tenham sido negligenciadas. [...] Isso pode ser uma indicação positiva de sua responsabilidade pelos serviços médicos e proteção à saúde da população rural do oriente, percebendo que seu trabalho será dificultado, se não impossível, a menos que seja realizado ações nos campos de economia, sociologia, agricultura e educação, ao mesmo tempo. [...] (Liga das Nações, 1937, p.23).

Apesar de reconhecer a relevância da LNHO pautar a saúde das populações rurais da Europa numa perspectiva de saúde pública internacional, Litsios¹⁵⁶ (2014) e Packard¹⁵⁷ (2016) lamentam que apesar das discussões realizadas nas subcomissões terem destacado os problemas sociais e econômicos subjacentes aos problemas de saúde dessas populações, as recomendações foram muito generalizadas, sem orientações incisivas sobre a implementação de melhorias na nutrição¹⁵⁸, saneamento, serviços de saúde¹⁵⁹, e controle de doenças. Para estes autores, essa falta de especificidade refletia a indisposição por parte dos organizadores da Conferência em aconselhar os países sobre reformas em suas condições de saúde rural, uma vez que, recomendações arrebatadoras não agradariam as autoridades coloniais.

Com relação a nutrição, para melhor compreensão do rumo das discussões no âmbito da Conferência, é essencial pontuarmos que em meio à crise econômica mundial resultante da grande Depressão, e pressionada pela necessidade de dar uma resposta as diversas iniquidades, a Liga das Nações tomou como foco a produção e consumo de

¹⁵⁶ Segundo Litsios (2014, p.113), as discussões dos temas se deram de forma fragmentada, por exemplo, as doenças fossem separadas de questões ambientais, e ambos os temas fossem discutidos com pouca ênfase a questões médicas e de serviços de saúde.

¹⁵⁷ Para esse autor, a falta de especificidade e a ausência de modelos também caracterizaram as recomendações de 1978 da Conferência de Alma-Ata.

¹⁵⁸ Para exemplificar, as discussões sobre Nutrição reconheciam que as dietas das populações do Oriente eram deficientes e que esse problema estava em grande parte vinculado às condições econômicas. No entanto, as recomendações finais não teceram críticas às condições econômicas e suas causas, e não surpreendentemente, não mencionaram o impacto das políticas econômicas coloniais sobre a deficiência alimentar desses povos (Packard, 2016). Ao contrário, se ativeram a recomendações, conduzidas por Dr. Aykroyd, especialista em nutrição, sendo eminentemente técnicas, sugerindo o estabelecimento de um Comitê Nacional de Nutrição e um Laboratório para pesquisa em nutrição, e uma especial atenção para o grau de moagem do arroz (Conferência de Bandoeng, 1937, p.11-12).

¹⁵⁹ Quanto a comissão que tratou da saúde e serviços de saúde, houve uma longa discussão quanto a possibilidade de haver a alternativa de cursos de formação médica mais curtos, possibilitando a formação um número maior de médicos, com a criação de um diploma que, ao mesmo tempo confere direito a prática, não exigindo um estudo tão longo e completo. A importância de uma equipe auxiliar foi reconhecida, incluindo pessoas da comunidade, treinadas em atividades de higiene e prevenção. A recomendação final foi no sentido de que poderia haver essa estratégia, porém deixava claro que o objetivo seria o padrão ocidental moderno. A existência de uma equipe auxiliar foi reconhecida, incluindo pessoas da comunidade, treinadas em atividades de higiene e prevenção (Liga das Nações, 1937, p.43,44).

alimentos. A abordagem do tema pela LNHO foi no sentido de uma internacionalização de uma visão biomédica da fome (Vernon, 2013), com a ciência da nutrição embasando-se nas descobertas das vitaminas e o papel desempenhando pelos minerais. Desse modo, modificou-se o significado da “fome”, passando de um fenômeno que denota falta quantitativa de alimentos, para uma abordagem focada na qualidade, solucionada por inúmeros exames laboratoriais e administração de suplementos (Amrith, Clavin, 2013, p.40).

A polarização entre conceitos da Medicina Social e Higiene Rural e uma abordagem vertical, baseada na incorporação de tecnologias ocidentais ao invés de práticas locais inovadoras podem ser identificadas nas discussões sobre estratégias de combate à Malária. Elas foram conduzidas por Paul Russel, malariologista da FR, desfavorável a tratar-se a Malária como um problema social (Ltisios, 2007). Do mesmo modo, ele era avesso a propostas inovadoras que prescindissem das tradicionais drogas antimosquito. De tal forma que apesar da exposição da experiência local exitosa utilizando um método “naturalista”, a menor custo e sem toxicidade para o meio ambiente e seres humanos, a recomendação final foi de que seriam “necessárias mais investigações para desenvolver redes mosquiteiras práticas para áreas rurais dos trópicos” (Liga das Nações, 1937, p.96).

Segundo Brown e Fee (2008), essa Conferência constituiu um marco histórico nas discussões institucionais da saúde internacional. As ideias discutidas no âmbito do movimento de higiene rural serão retomadas quatro décadas depois, na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, em 1978, tendo como pano de fundo um terceiro mundo politicamente mobilizado, a ascensão da Índia e da China como grandes potências, e a Guerra Fria.

O relatório final [...] captura a natureza complexa e composta dos procedimentos de Bandoeng. Havia ali muito que era familiar, como as repetidas recomendações de colaboração intersetorial e interinstitucional, a ênfase em educação em saúde e ampla reforma educacional, e pedidos urgentes para a plena utilização de pessoal de saúde não médico. Mas também havia muito que era novo, como as referências abertas para “reconstrução rural” e “reforma agrária”; ênfase no respeito às línguas, culturas e indígenas e tradições indígenas e o “livre arbítrio” da população ao adotar estratégias “tratamento”; atenção ao primado da nutrição; o reconhecimento de que algumas inovações tecnológicas podem realmente piorar a propagação de doenças como malária; insistência na responsabilização governamental na prestação de tratamento direto para o doente; e o claro entendimento de que o

investimento em saúde pública como “porta de entrada” para o desenvolvimento econômico e auto governança (Brown, Fee, 2008, p. 43).

Em contraponto, Weindling (1995), não reconhece na atuação da LNHO a possibilidade de influenciar a OMS na futura proposição de APS.

A agenda do programa LNHO / OIT [Organização Internacional do Trabalho] indicava um renovado senso de preocupação com as bases socioeconômicas da saúde. Foi uma pena que os problemas econômicos que levaram a LNHO a agir também tenha reduzido seus recursos. Os programas cooperativos de medicina social propiciaram uma aliança com um grupo heterogêneo de médicos socialmente engajados. No entanto, a abordagem permaneceu motivada por preocupações científicas do laboratório. Embora inovadora, não pode ser tomada como precursora de programas mais populistas, notavelmente a agenda 'saúde para todos até o ano 2000' da OMS, quarenta anos depois. As preocupações fisiológicas e bioquímicas dos nutricionistas [...] sugere que tínhamos aqui uma medicina social em uma versão tecnocrática e elitista (Weindling, 1995, p.149).

Deve-se sublinhar que a LNHO, sobretudo sob a gestão de Rajchman, culminando com a realização da Conferência de Bandoeng, representou uma tentativa de internacionalizar a discussão da saúde internacional, entendendo-se o “internacional” como um horizonte delimitado pelo possível a cada época, pressionado por interesses geopolíticos e econômicos específicos. Tratava-se do embate entre estratégias que respeitassem as singularidades asiáticas, muitas delas já vigor antes da Conferência, apontando para uma potencialidade de reconstrução, e a proposição de estratégias importadas da Europa ou dos Estados Unidos, interessados em internacionalizar os seus “produtos”, “balas mágicas”, soluções rápidas para problemas complexos.

Nos parece que do mesmo modo que quando da organização da primeira CSR, em 1851, quase noventa anos depois, permanece o desejo de que as discussões se deem à nível internacional, entendendo “internacional” como um horizonte que será delimitado pelo possível a cada época, porém para atender a necessidades muito específicas, relacionadas a manutenção de uma certa hegemonia à nível geopolítico e econômico. A diferença é a partir da década de 1930, a ameaça também vinha do oriente, que não conseguia produzir tantos alimentos para o ocidente, e que também começava a “acordar”, com movimento anti-imperialistas em curso.

Todo esse movimento é abalado pelo início da Segunda Guerra Mundial interrompendo os esforços em implementar uma visão alternativa e resultando em uma crise econômica e humanitária, com o deslocamento de milhões de pessoas na Europa,

China e Sudeste Asiático. As economias de muitos países foram despedaçadas, e as organizações internacionais foram transformadas, com a Liga das Nações e suas organizações de saúde sendo dissolvidas em 1946 (Packard, 2016). Um novo conjunto de organizações internacionais foram criadas para responder às condições de crise criadas pela guerra e planejar uma nova ordem mundial. Teremos a desintegração do velho sistema imperial e a reorganização em um novo modelo, envolvendo a descolonização da Ásia, África e América Latina, e o contexto da Guerra Fria, com embate político, ideológico, social e econômico entre o capitalismo estadunidense e o comunismo soviético, que perdurará entre 1946 e 1991, e que marcará profundamente a gestão da saúde internacional pela OMS (Birn, Pillary e Holtz, 2017; Pillard, 2016).

3.2 Inflexões na Saúde Internacional até Alma-Ata

3.2.1 Refugiados _ um assunto político e humanitário

Chegamos ao final da primeira metade do século XX com a Europa destruída pela Segunda Guerra Mundial, e um contingente de refugiados¹⁶⁰ na ordem de 40,5 milhões (Hobsbawn, 2007, p.58). A preocupação inicial dos países aliados¹⁶¹ era com a reconstrução e a retomada da estabilidade econômica da Europa, de tal forma que mesmo antes do final da Guerra, a partir de uma iniciativa dos Estados Unidos que assumia uma posição hegemônica no cenário político mundial, criou-se, em 1943, a Administração das

¹⁶⁰ Os refugiados europeus do pós-Segunda Guerra Mundial podiam ser agrupados em pelo menos cinco grupos distintos. Um grupo numericamente expressivo era formado por aproximadamente 15 milhões de pessoas que haviam fugido do exército alemão, em sua maioria cidadãos soviéticos que não puderam retornar aos seus lares quando as forças alemãs retrocederam, e que por essa razão não se qualificaram para a assistência provida pela UNRRA. Um outro grupo era formado por trabalhadores recrutados à força pelos alemães nos territórios ocupados que, em 1944, eram estimados em mais de oito milhões de pessoas. Um terceiro grupo era formado por pessoas que viviam nos territórios ocupados da Europa Oriental antes da guerra e que escaparam para a Europa Ocidental ao mesmo tempo que os alemães recuaram num movimento claramente defensivo. Um quarto grupo era composto por cerca de um milhão de europeus orientais- bálticos, russos brancos, poloneses e ucranianos- que se juntaram às tropas alemãs com o objetivo de escapar do Comunismo. Um quinto grupo, proporcionalmente muito menor, era formado por judeus que lograram sobreviver ao Holocausto (Stoessinger, 1956, apud Andrade, 2005, p.8).

¹⁶¹ Durante a Segunda Guerra Mundial, os países lutaram como parceiros de uma das duas principais alianças: a do Eixo ou a dos Aliados. Os três principais parceiros da aliança do Eixo eram a Alemanha, a Itália e o Japão, os quais tinham dois interesses em comum: A expansão territorial e a criação de impérios com base na conquista militar e na derrubada da ordem internacional do período após a Primeira Guerra Mundial; e a destruição ou a neutralização do comunismo soviético. Contra os Países do Eixo se reuniram os países Aliados, que tinham no comando os Estados Unidos, a Grã-Bretanha e a União Soviética. Disponível em: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/pt-br/article/axis-alliance-in-world-war-ii-abridged-article>

Nações Unidas para Auxílio e Reabilitação¹⁶² (ANUAR) (Andrade, 1996c, p.135, 138]. À ANUAR cabia o suporte às vítimas da guerra, conforme detalhado no excerto a seguir:

[...] a) Planejar, coordenar, administrar ou providenciar a administração de medidas para alívio das vítimas de guerra em qualquer área sob controle de qualquer das Nações Unidas através do fornecimento de alimentos, combustível, roupas, abrigo e outras necessidades básicas, serviços médicos e outros serviços essenciais; e facilitar nessas áreas o que for necessário à provisão adequada de socorro, à produção e transporte desses artigos e ao fornecimento desses serviços (ANUAR, 1943, p.1).

Tendo em vista a necessidade de financiamento, a mídia da época conclamava os países a assumirem a responsabilidade na reconstrução da Europa, tornando essa ação uma questão prioritária e não uma “caridade”, como podemos observar na matéria publicada no jornal britânico, the Observer, em 28 de novembro de 1943, “A Reconstrução da Europa”.

Política e Caridade

A tarefa consiste em ajuda conjunta, racionada e mútua, e não generosidade. Os suprimentos de todos os tipos são muito escassos, e a guerra, o "grande consumidor", ainda está fazendo suas maiores demandas e causando sua maior destruição. [...] os custos da UNRRA serão cobertos pela contribuição de um centésimo da renda nacional de cada membro. A UNRRA não é, nem deverá ser, uma organização gigantesca como a Cruz Vermelha¹⁶³ Anglo-Americana. Não se trata de caridade, uma vez que o sofrimento e perdas da Europa e da Ásia já estão contabilizados; o pagamento é pelos serviços prestados e pela paz e prosperidade mundiais por vir. [...] além do papel de reabilitação e socorro da UNRRA, ela tem um significado político vital que não pode e não deve ser escapado. [...] (The Observer, 28 de novembro de 1943, p.4).

Desde então, era evidente a militarização da abordagem da questão dos refugiados, com a forte subordinação da atuação da ANUAR as autoridades militares¹⁶⁴ (Moreira, 2006). Portanto, como nos diz Malkki (1995, p.497, 498; 1996, p. 498), as pessoas deslocadas eram um *problema militar*, sendo a emergência dos campos de

¹⁶² A sigla em inglês é UNRRA (United Nations Relief and Rehabilitation Administration).

¹⁶³ O comitê internacional da Cruz Vermelha, criado em 1863, é uma organização internacionalmente conhecida por sua atuação em situações de guerra, trabalhando para amenizar o sofrimento dos civis envolvidos em conflitos, principalmente fornecendo proteção, remédios e comida (Jubilut, 2007, p.74).

¹⁶⁴ A atuação da ANUAR esteve todo o tempo sob supervisão e controle de autoridades militares aliadas. Para exemplificar, a Alemanha, após a guerra, passou a estar sob o comando de autoridades militares da União Soviética, da França, da Grã-Bretanha e dos Estados Unidos, cada um responsável por uma zona de ocupação, com autonomia para tomar decisões independentes sobre deslocados de guerra. De tal modo que a União Soviética não permitiu à ANUAR operar na zona sob sua responsabilidade. Sendo assim, a responsabilidade era cooperar com as atividades militares, provendo funcionários médicos e administrativos que auxiliavam, sempre que necessário, na repatriação. Além disso, ficava responsável também pela administração interna dos centros de acolhida, assim como pelo registro dos deslocados de guerra, o que sempre ocorria numa relação de subordinação às atividades militares (Moreira, 2006, p.51,54).

refugiados na Europa da década de 1940 a materialização disso, disciplinando, controlando e classificando a população.

As instituições voluntaristas humanitárias, sejam Organizações Não-Governamentais laicas ou ligadas a Igreja, segundo Agamben (2007) e Malkki, (1996) ao estarem “aparentemente” separadas da esfera política, contribuíram para a construção de uma representação dos refugiados como “meras vítimas”, produzindo sua desistorização e despolitização, e o consequente silenciamento desses sujeitos. Segundo Agier (2006), a combinação entre o militarismo e o humanitarismo, resulta na execução de controle e os cuidados aplicados nos campos de refugiados, que se configuravam como dispositivos policiais, alimentares e sanitários

Foto 10 - Irmã da Congregação das Irmãs de Caridade de Jesus e Maria distribui alimentos para crianças assistidas pelo ANUAR (Bélgica, 1946)

FONTE: Lisa Haushofer, 2010 p.998, MD : Disponível em: https://www.cvce.eu/en/obj/distribution_of_food_under_the_unrra_aid_programme_belgium_1_january_1946-en-a611ea41-27ad-4f85-881d-b80597e6b8ed.html

A partir de 1946, explicitou-se uma divergência interna ao ANUAR entre os Estados Unidos e a União Soviética, a partir do fato de um milhão de refugiados provenientes do leste europeu rejeitarem a repatriação para seus países de origem, de onde saíram por inconformidade com o regime político vigente. Tal polêmica estava estampada em jornal da época.

[...] Embora até agora tenha havido uma cooperação inesperadamente boa e estreita entre os Três Grandes [União Soviética, Estados Unidos e Grã-Bretanha] no Conselho Econômico e Social, existe a possibilidade de que isso se quebre quando o problema dos refugiados for discutido. Acredita-se que os russos ainda insistam para que os refugiados retornem ao seu país de origem, independentemente de seus desejos, enquanto a Grã-Bretanha e a América se opõem a isso, por ser uma atitude insensível e por poder lhe expor a muitas represálias políticas. Como a grande maioria dos refugiados está em zonas anglo-americanas, é praticamente certo que a questão será resolvida em termos anglo-americanos. (The Guardian, 9 jun, 1946, p.1)

A extinção da ANUAR, em 1947, foi determinada pelo fato dos Estados Unidos, responsável por 70% do seu financiamento, interromper esse aporte (Acnur, 2000, p.16). Segundo Andrade (1996, p.147), o posicionamento americano tinha motivação político-ideológico, decorrendo do desejo de afastar a interferência soviética em relação à política para refugiados e impedir que se beneficiasse da ajuda econômica proporcionada pela ANUAR.

Desse modo, a questão dos refugiados converteu-se em uma questão política internacional, fazendo com que a Organização das Nações Unidas (ONU), criada em 1945, pautasse o tema em sua primeira Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro de 1946. Naquela ocasião, decidiu-se pela criação da Organização Internacional para Refugiados¹⁶⁵ (IRO, sigla em inglês), a qual no final de 1950 é substituída definitivamente pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR).

Segundo o Estatuto do ACNUR, “o trabalho do Alto Comissariado terá um caráter totalmente apolítico; será humanitário e social e, como regra geral, estará relacionado com grupos e categorias de refugiados” (ACNUR, 1950, p.2). A utilização de uma retórica institucional de “neutralidade”, já indicava sua “política”. Loescher (2001)

¹⁶⁵ A deliberação final para a criação da Organização Internacional para Refugiados contou com 18 abstenções, 30 votos a favor e 5 contra. Segundo Fichel de Andrade (1996), as abstenções refletiam o desinteresse em se tratar dos problemas dos refugiados; enquanto os votos contrários, o desejo dos países socialistas de manter essa questão fora da agenda internacional.

chama atenção para a dependência orçamentária de doações por parte de países ricos, o que sujeita a instituição aos interesses políticos desses, fragilizando sua autonomia.

Ainda com a relação ao esforço do ACNUR em separar o político do humanitário, Hyndman (2000) é incisiva ao afirmar que essas duas dimensões estão indissociavelmente entrelaçadas _ humanitária e política.

Não existe uma solução humanitária pura e apolítica para eventos politicamente marcados como o deslocamento humano em massa. O humanitarismo é cada vez mais um processo bem fundamentado e politizado de equilibrar as necessidades de refugiados e outras pessoas deslocadas contra os interesses dos estados. Muitos críticos afirmam que o humanitarismo não deve ser político, nem deve comprometer a proteção dos refugiados por causa dos interesses do Estado. Mas é o que ele faz. O aumento dos esforços humanitários pode ser correlacionado com o declínio da proteção convencional, ou asilo, para as pessoas deslocadas à força e com a redução da assistência oficial (Hyndman, 2000, p.4).

Em meio a definição de direitos, deveres e garantias, com relação a assistência à saúde dos refugiados, a Convenção de Genebra (1951) define que “os Estados Membros darão aos refugiados que residam regularmente no seu território o mesmo tratamento em matéria de assistência e de socorros públicos que é dado aos seus nacionais” (ACNUR, 1951, p. 24,25). Entretanto, não há na Convenção qualquer menção a sanções a serem aplicadas aos países que não cumprirem essas determinações (Rocha, Moreira, 2010).

Por outro lado, subentendendo a percepção do refugiado como uma ameaça para a segurança do Estado-nação, a Convenção deixa inequívoca a total liberdade estatal para agir contra esse “não-cidadão”, ou como falou o pensador contemporâneo Giorgio Agamben (2007), *homo sacer*¹⁶⁶. Esta autorização está dada a partir da imprecisão de “circunstâncias graves e excepcionais”, apontadas no excerto a seguir.

Art. 9º - Medidas provisórias

Nenhuma das disposições da presente Convenção tem por efeito impedir um Estado Contratante, em tempo de guerra ou em outras circunstâncias graves e excepcionais, de tomar provisoriamente, a propósito de uma pessoa determinada, as medidas que este Estado julga indispensáveis à segurança nacional, até que o referido Estado determine que essa pessoa é efetivamente um refugiado e que a continuação de tais medidas é necessária a seu propósito no interesse da segurança nacional. (ACNUR, 1951, p.18)

¹⁶⁶ Giorgio Agamben (2007) resgata o termo romano *homo sacer* e associa-o ao refugiado. No direito romano, o *homo sacer* correspondia ao sujeito passível de ser morto, por meios diretos, ou indiretos, aquele que poderia ter sua vida tirada sem imputação de pena ao seu executor e que, desamparada de qualquer instância, ou amparo a seu favor, vivia em limiar entre a vida e a morte.

Ainda com relação a assistência à saúde dos refugiados, nos parece significativo que embora a criação do ACNUR e da OMS tenha se dado na mesma Assembleia Geral da ONU, em 1946, essa não era uma pauta comum a essas duas agências. Quando do início do funcionamento da OMS, em 1948, ainda estava em curso a construção final da Convenção de Genebra, o que se deu na Conferência de Plenipotenciários, realizada em Genebra entre os dias 2 e 25 de julho de 1951. Esse encontro visava completar a minuta da Convenção de Genebra e assiná-la, e contou com a participação de delegações de 26 países¹⁶⁷, representantes do ACNUR, Organização Internacional do Trabalho, Organização Internacional para os Refugiados, Cáritas Internacional e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha¹⁶⁸ (ACNUR, 1951). Como vemos, estavam presentes várias agências da ONU, a Igreja, e ONGs, sem a participação da OMS.

Embora a OMS não tenha feito parte das discussões sobre a assistência à saúde dos refugiados, delineada na Convenção de Genebra, essa temática esteve presente nas reuniões de precederam o seu estabelecimento definitivo, realizadas pelo Comitê Técnico de Preparação (TPC, sigla em inglês). O TPC era formado por muitos médicos sensíveis a concepções da medicina social que se reuniram entre 1946 e 1948. Analisando esse material, percebemos que a abordagem do tema se circunscreveu a quatro aspectos. O primeiro deles se referia a um possível papel daquela futura organização sanitária internacional na prestação de cuidados médicos aos refugiados, reconhecendo o grande contingente dessa população na Europa e a previsão de que a UNRRA funcionaria até final de 1946 (WHO, 1946 b).

O Dr. Goodman sugeriu a inserção [...] de uma passagem mencionando a assistência a ser dada aos refugiados e pessoas deslocadas, já que o número dessas pessoas na Europa Central era muito grande e que a responsabilidade da UNRRA a esse respeito, provavelmente, seria encerrada no final do ano. (WHO, 1946 b, p.20).

Um segundo aspecto dizia respeito ao processo de reassentamento de refugiados europeus em países tropicais, sugerindo que a futura organização internacional cuidasse

¹⁶⁷ Os 26 países que participaram da Conferência foram os seguintes: Austrália, Áustria, Bélgica, Brasil, Canadá, Colômbia, Dinamarca, Egito, Estados Unidos, França, Grécia, Holanda, Iraque, Israel, Itália, Iugoslávia, Luxemburgo, Mônaco, Noruega, Reino Unido e Irlanda do Norte, República Federal da Alemanha, Suécia, Turquia e Venezuela. Além desses, Cuba e Irã foram representados por observadores (ACNUR, 1951).

¹⁶⁸ A Cáritas Internacional é uma Confederação com mais de 170 organizações humanitárias da Igreja Católica que atua em mais de duzentos países (disponível em <https://www.caritas.org>).

desse processo, nos remetendo a permanência da associação do trópico como um local ameaçador ao colonizador europeu (WHO 1946).

A Cooperação com a Divisão de Refugiados pode envolver o fornecimento de consultoria técnica não apenas no tratamento de problemas sanitários que surjam em campos para pessoas deslocadas, mas também no futuro estabelecimento de refugiados em países em que o clima e as doenças prevalentes requeiram aclimatação e proteção específica (colonização em países tropicais, por exemplo) (WHO, 1946, p.95).

Também foram abordadas estratégias para promover o reassentamento rápido de refugiados médicos, e que os países receptores se comprometessem com a viabilização de sua atuação profissional, de modo que não houvesse desperdício dessa mão de obra qualificada (WHO, 1947; WHO, 1948a; WHO, 1948b).

Em todos os países, a impossibilidade do reassentamento de refugiados médicos, qualificados em sua profissão representa um desperdício brutal de trabalhadores qualificados, em uma área na qual é universalmente sabido que há uma escassez mundial. Considera-se que uma abordagem junto aos governos deve ser feita pela OMS, buscando permitir que médicos deslocados imigrem e possam atuar sem o atraso usual, em função de formalidades exigidas de estrangeiros em muitos países. Tal reassentamento, se pudesse ser realizado, resultaria em vantagens muito evidentes para o mundo saúde (WHO, 1947).

Por último, identificamos a preocupação com o papel que a OMS poderia desempenhar com relação aos refugiados, sendo sugerido uma atuação de coordenação junto as várias organizações intergovernamentais, além do fornecimento de suporte técnico (WHO, 1946a).

Contudo, a proposta do Dr. Stampar era de um estudo [sobre as condições sanitárias nas áreas devastadas pela guerra], possível coordenação da ação governamental em assistência médica e talvez o fornecimento de aconselhamento técnico e uma série de organizações e agências intergovernamentais que trabalham neste campo - UNRRA, a Comissão de Áreas Devastadas da Economia do Conselho Econômico e Social, o novo Conselho da Organização Internacional para Refugiados e o Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento. Ele, portanto, entendeu que seria mais sábio, apenas instruir o Secretariado quanto a coleta de documentos e informações para o estudo necessário. (WHO, 1946a, p.16)

De fato, nenhuma dessas ponderações foram adiante, ficando os refugiados sob a tutela do ACNUR, sendo a OMS chamada a participar para atender a interesses da ONU. Para exemplificar, logo após a sua criação, a OMS foi chamada para fazer uma “participação especial” junto aos refugiados palestinos. Naquela ocasião, sua atuação se deu em função da necessidade de a ONU responder as críticas relativas ao seu

distanciamento junto a esses refugiados. A partir da Guerra Árabe- Israel¹⁶⁹, em 1948, quando Israel sai vitorioso e passa a controlar 75% dos territórios da Palestina, ocorre o êxodo dos palestinos para os campos de refugiados, nos quais passam a viver em condições extremamente precárias.

Foto 11 - Êxodo de Refugiados Palestinos, 1948

FONTE: https://en.wikipedia.org/wiki/1948_Palestinian_exodus

As referidas críticas podem ser evidenciadas no excerto de uma matéria no New York Time, em 1948, relatando a cobrança junto aos membros da ONU, para que contribuíssem com medicamentos para desabrigados na Palestina.

BERNADOTTE PEDE AJUDA AOS REFUGIADOS

Mediador pede que membros da ONU contribuam com medicamentos para desabrigados na Palestina

Por Thomas J. Hamilton

especial para o New York Times

LAKE SUCCESS, NY, 16 de agosto - O conde Folke Bernadotte, mediador das Nações Unidas para a Palestina, informou hoje que 330.000 refugiados árabes e judeus estão enfrentando "uma séria ameaça de epidemias de febre tifóide, tifo e febre epidêmica recorrente" e que ele tem apelado por ajuda aos membros das Nações Unidas.[...] O conde Bernadotte acrescentou que a Liga Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha, cuja conferência ele esteve presente em Estocolmo, e a Organização Mundial da Saúde indicaram sua disposição em ajudar a fornecer suprimentos médicos. [...] (The New York Times, Tuesday, august 17, 1948, p.6)

¹⁶⁹ Em 1918, iniciava-se o Mandato Britânico na Palestina, que se estenderia até 1948, quando, em função da beligerância de palestinos e judeus contra os britânicos, a ONU, em novembro de 1947, decide pelo fim do Mandato Britânico e pela partilhada Palestina entre dois Estados autônomos e independentes: um árabe palestino e outro judeu. Contudo, após o anúncio dessa resolução, as hostilidade entre judeus e palestinos se intensificaram, resultando na Guerra Árabe-Israel, em 1948 (Grinberg, 2000, p.108).

Em 1949, a ONU cria a Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados da Palestina (UNRWA¹⁷⁰, sigla em inglês de United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East), constituindo uma agência humanitária com mandato regional. Além disso, a ONU organizou ações conjuntas entre duas de suas agências, a UNRWA e a OMS, em uma série de programas de assistência destinados a esses refugiados. Assim, a ONU incrementou sua imagem humanitária a partir dos conflitos políticos da época, rendendo-lhe frutos políticos (Cueto, Brown, Fee, 2011, p. 144).

A Liga [das Sociedades da Cruz Vermelha] tem sido associada à OMS na campanha internacional de tuberculose, na revisão do manual sobre higiene dos marítimos e medicina naval e na prestação de ajuda de emergência aos refugiados na Turquia em 1951. Em 1950, a Liga concedeu à Organização Mundial de Saúde a Medalha Memorial Conde Bernadotte pelo aconselhamento e assistência no atendimento das necessidades de Refugiados árabes da Palestina. (OMS, 1958, p.144).

Foto 12 - Funcionária da Agência das Nações Unidas para Refugiados orientando refugiada palestina sobre alimentação infantil

FONTE: OMS, 1958, p.346

Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37089>

¹⁷⁰ Após o conflito de 1948 entre árabes e israelenses, a UNRWA foi criada por resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas em 8 de dezembro de 1949 para realizar o alívio direto e programas de obras para os refugiados da Palestina. Na ausência de uma solução para o problema dos refugiados da Palestina, o mandato da UNRWA passou a ser permanente (Jardim, 2016, p.244).

Portanto, a questão da assistência ao refugiado ficou na esfera do ACNUR, que no decorrer do século XX e XXI terá que lidar com a formação de novas e diversificadas experiências de refugiados, em meio as fragilidades, tanto do alcance da proteção, quanto das incompletudes dos dispositivos de proteção internacional na forma como é vivida pelos sujeitos, potencialmente seus destinatários. Enquanto, a OMS, organização multinacional, na esfera da saúde internacional, enfrentará demandas variadas na esfera econômica e política, e os caprichos ideológicos das elites responsáveis pela definição do será a prioridade a cada tempo (Biehl, Petryna, 2014, p.380).

3.2.2 Entre o Início da Guerra Fria e a Nova Ordem Econômica Mundial

Após a Segunda Guerra Mundial, a Europa vivenciou um período de prosperidade econômica¹⁷¹ fruto do desenvolvimento do capitalismo, a que Hobsbawn (2007, p.278) chamou de a “Era de Ouro”. Foi uma época marcada pelo aparecimento de Estados de Bem-Estar, o que, no sentido literal, quer dizer Estados em que o gasto com seguridade social _ manutenção de renda, assistência à saúde e educação _ se tornou a maior parte dos gastos totais. A saúde se torna um objeto de luta política (Foucault, 1976, p.154), e desse embate é proposto o Plano Beveridge¹⁷², que serviu de modelo para a organização da saúde depois da guerra, na Inglaterra e muitos outros países. Assim, a partir de 1950, se inicia a organização de serviços nacionais de saúde, sendo a consolidação do sistema de saúde inglês¹⁷³, emblemático desse período e segundo Elias (2011),

¹⁷¹ Através do Plano Marshall, em 1947, os Estados Unidos disponibilizou recursos financeiros para a recuperação da economia europeia do Pós-Segunda Guerra, enquanto que os meios humanos foram fornecidos numa primeira fase pelos deslocados, refugiados e emigrantes do leste e sul europeu (Baganha, 1993, p. 820, apud Salles, Paiva, Bastos, 2013, p.13).

¹⁷² Com o Plano Beveridge o Estado se responsabiliza pela saúde, o que não era uma inovação, uma vez que desde o século XVIII um das funções do Estado era a de garantir a saúde física de seus cidadãos (Foucault, 1976, p.152, 153). O diferencial era a definição de que o sistema tenha financiamento estatal, com acesso universal e gratuidade da atenção em todos os níveis de complexidade (Amorim, Perillo, 2014, p.53).

¹⁷³ O processo de universalização dos sistemas de saúde europeus, na maior parte dos países ocidentais e nórdicos, se completou nas décadas de 1960 e 1970 com a expansão dos seguros sociais para o conjunto dos trabalhadores e seus dependentes, em situação de pleno emprego, ou com a criação de serviços nacionais de saúde, sendo pioneiro o Serviço Nacional de Saúde inglês (*National Health Service-NHS*), em 1948. O NHS é referência internacional de sistema de acesso universal, com financiamento fiscal e estrutura centralizada e oferta regionalizada. Garante atenção integral em todos os níveis por meio de APS robusta com obrigatoriedade de registro dos cidadãos junto a um consultório de médico generalista com função de porta de entrada e filtro para acesso ao especialista, que está situado em um segundo nível, no ambulatório de hospitais, em sua maioria públicos (Boyle, 2011). Os modelos clássicos europeus de universalização da atenção à saúde são o seguro social de tipo bismarckiano, financiado com base em contribuições sociais obrigatórias dos empregados e empregadores e afiliação a depender da participação no mercado de trabalho; e o modelo beveridgiano de serviço nacional de saúde, de acesso universal fundado na cidadania e financiado com recursos fiscais com predomínio de prestadores públicos. (Giovannella, 2018, p.1767).

[...] é no Século XX, no qual se ampliam os limites da cidadania com a adoção, por vários países, de garantias sociais como Direito que ocorre, principalmente após a II Grande Guerra, o desenvolvimento e a consolidação dos sistemas de saúde em diversos países, tal como o inglês _National Health System (NHS) _ que serviu de inspiração para vários outros povos (Elias, 2011, p.2).

O Estado de Bem-Estar Social vivenciado na Europa associa-se às reformas ocorridas nesse continente no pós-guerra e visavam coletivizar os riscos através de mecanismo redistributivos e com base na solidariedade nacional. Este Estado não foi vivenciado pelos países da América, dado a especificidade do processo do desenvolvimento dessas sociedades. Segundo Cueto e Palmer (2016), a saúde pública na região era parte de um desejo de se criar um Estado de Bem-Estar Social, contudo essa meta nunca seria totalmente alcançada.

No âmbito da saúde internacional, a década de 1950 será influenciada pelas relações geopolíticas do início da Guerra Fria, marcada pelas disputas entre os Estados Unidos e União Soviética, e o temor de que esta pudesse influenciar os governantes e intelectuais das nações asiáticas, africanas e latino-americanas, resultando na expansão do comunismo. Havia por parte dos Estados Unidos uma preocupação de demonstrar que o progresso social seria possível sem uma revolução (Cueto, 2008). A solução seria a transferência de tecnologia, com o controle e ocidentalização dos países periféricos¹⁷⁴ (Andrade, 2015, p.54). Um movimento que nos remete a retomada da velha ideia de dominação colonial, agora atualizada por recursos tecnológicos desenvolvidos, porém com o mesmo objetivo de dominação. O excerto do discurso de posse do presidente americano, Henry Truman, em 1949, evidencia tais intensões.

Mais da metade da população do planeta vive em condições próximas da miséria. Sua alimentação é inadequada, ela é vítima da doença. (...) Pela primeira vez na história, a humanidade possui os conhecimentos e técnicas para mitigar o sofrimento destas pessoas (...) Eu acredito que nós devemos tornar disponíveis para os povos amantes da paz os benefícios do nosso acervo de conhecimentos técnicos de modo a auxiliá-los a realizar suas aspirações por uma vida melhor (....) Uma maior produção é a chave para a prosperidade e a paz. A chave para uma maior produção é a ampla e vigorosa aplicação do conhecimento científico e tecnológico moderno. Enganados por esta filosofia,

¹⁷⁴ Para operacionalizar essa estratégia desenvolvimentista dos países do terceiro mundo, era necessário gerar conhecimento especializado para lidar com todos os aspectos do subdesenvolvimento e a institucionalização do desenvolvimento, por meio da criação de variadas agências internacionais e locais (Escobar, 2005). No campo da saúde internacional, a necessidade de gerar desenvolvimento por meio de assistência e cooperação técnica demandou a criação de um vasto aparato institucional, tais como: além da OMS, várias agências das Nações Unidas que também atuavam na saúde (Fundo das Nações Unidas para a Infância -UNICEF, 1946; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura _UNESCO, 1946; e UNFPA_ Fundo População das Nações Unidas, 1969, entre outras); as instituições de Bretton Woods (Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional); e as ONGs Internacionais (muitas organizações e fundações que já existiam previamente, implementaram suas ações nesse período, tais como, a Cruz Vermelha, a Fundação Rockefeller, e a Fundação Ford).

muitos povos têm sacrificado suas liberdades (...). Essa falsa filosofia é o comunismo (Truman, 1949).

Logo após a criação da OMS¹⁷⁵, houve um momento inicial de construção de uma imagem institucional¹⁷⁶ influenciada pela medicina social, inspirada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos¹⁷⁷. Porém, logo a OMS iria se deparar com um panorama de desintegração dos impérios europeus, ocorrendo uma reconstrução das esferas geopolíticas dos antigos impérios coloniais, tendo como pano de fundo a Guerra Fria. Por esse motivo, Lee (1998) afirma que grande parte da história da OMS pode ser contada a partir de tensionamentos entre os Estados Unidos e a União Soviética, sobretudo até o final da Guerra Fria, expresso simbolicamente pela queda do muro de Berlim.

No período entre 1950 e 1970, a OMS incrementou ações que tinham como foco a erradicação de doenças, ou seja, intervenções verticalizadas e pontuais, muito inspiradas em estratégias da Fundação Rockefeller¹⁷⁸. Entre essas ações, a malária era um foco frequente, com o Programa de Erradicação da Malária (PEM)¹⁷⁹, lançado em 1955. Para exemplificar ações verticalizadas que ignoravam a realidade local, temos o excerto abaixo, retirado de um material produzido pelo o Conselho Consultivo de

¹⁷⁵ A OMS tinha três focos principais. A primeira corresponde à tradição histórica das instituições sanitárias, de luta contra as grandes patologias e de organização da vigilância epidemiológica, tendo como principal instrumento o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), que estipula direitos e obrigações dos Estados, relativos à organização sanitária, regulamentação e transportes internacionais e medidas para evitar a propagação de enfermidades. A segunda diz respeito à elaboração de normas sanitárias internacionais. E por último, a OMS caberia as intervenções sanitárias, operacionalizadas ao: definir e implementar diretamente diversos programas de luta contra as grandes doenças (como tuberculose, malária etc.); apoiar a pesquisa sobre doenças transmissíveis (gripe, aids etc.) ou não transmissíveis (câncer, doenças cardiovasculares etc.); e oferecer assistência técnica aos países menos avançados (vacinação contra doenças infecciosas, provisão de água potável etc.) 9 (Laude, Mathieu e Tabuteau, 2007, apud. Ventura, Peres, 2014, p. 49). Como vemos, a questão da segurança sanitária permeia toda esses objetivos institucionais.

¹⁷⁶ Para identificação do processo de construção da política institucional desse momento, sugerimos o vídeo: “WHO: Our health, our future (vídeo institucional)”. Este vídeo foi produzido por ocasião do 60º aniversário de criação da OMS, e está disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1H2iCibm8hs>

¹⁷⁷ A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi adorada pela ONU em 10 de dezembro de 1948, delineando os direitos humanos básicos. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>

¹⁷⁸ A Fundação Rockefeller, enquanto instituição financeira norte-americana criada em 1913, organizou-se como sociedade civil, sem fins lucrativos, sendo caudatária de uma das maiores fortunas pessoais dos Estados Unidos (Marinho, 2003, p.17-18). A primeira atuação da Fundação Rockefeller na saúde internacional ocorreu de um programa piloto na Guiana, em 1914, que posteriormente se estenderam para Costa Rica, Guatemala, Nicarágua e Trinidad e Tobago. Os programas caribenhos e centro-americanos foram a origem do trabalho da Rockefeller no Brasil (Palmer, 2015).

¹⁷⁹ O Programa de Erradicação da Malária consistia em campanhas de pulverização de DDT (dicloro-difenil-tricloreto), produto extremamente nocivo. Não havia qualquer envolvimento das pessoas e recursos da comunidade, utilizando equipes de pulverização que vinham de fora da comunidade, insensíveis às necessidades locais (Packard, 2007).

Desenvolvimento Internacional¹⁸⁰(sigla em inglês, IDAB), sobre as campanhas de erradicação da Malária, em plena Guerra da Indochina¹⁸¹ Francesa.

Como um esforço humanitário, facilmente compreendido, o controle da malária atravessa o apelo mais estreito do partidário político. Na Indo-China, as áreas tornadas inacessíveis à noite pela Vietminh¹⁸² Activity, durante o dia, receberam equipes de pulverização DDT residual combatendo a malária (International Development Advisor Board _ IDAB, 1956).

Por outro lado, no período entre o final da década de 1960 e início de 1970, houve um enfraquecimento da hegemonia mundial dos Estados Unidos, o que também repercutiu na sua influência junto a OMS. Em decorrência disso, esboçou-se uma postura crítica com relação às intervenções verticalizadas na saúde internacional, usuais desde o final da década de 1950.

Além disso, na África e Ásia, no período entre a década entre 1950 e 1970, estava em curso o movimento de líderes de países recém descolonizados, questionando o processo de modernização imposto pelos países industrializados a esses países, numa réplica do modelo de desenvolvimento seguido pela Europa ocidental ou Estados Unidos. Buscava-se substituí-lo por uma cooperação “com base em interesse mútuo e respeito à soberania nacional” (Conferência de Bandung, 1955, p.2)¹⁸³. Havia a proposta de estabelecimento de uma Nova Ordem Econômica Internacional (sigla em inglês, NIEO)¹⁸⁴ para alcançar equidade e justiça para todos os países em desenvolvimento, um chamado que será evocado em 1978, na Declaração de Alma-Ata (Whelan, 2015; Birn, Pillary, Holtz, 2017).

¹⁸⁰O IDAB é um ramo da agência norte-americana _ Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (*United States Agency for International Development _ USAID*) _ agência federal independente_ responsável pelas campanhas de aplicação do DDT. Estimava-se que a erradicação, usando a pulverização residual de DDT, poderia ser realizada a um custo de 25 centavos por pessoa por ano e que o custo para os primeiros cinco anos totalizaria US \$ 519 milhões (International Development Advisory Board, 1956).

¹⁸¹ A Guerra da Indochina aconteceu na Indochina Francesa entre 1946 e 1954, na qual guerrilheiros vietnamitas lutaram contra tropas colônias francesas para conseguir o fim do domínio colonial da França na região. O fim da guerra da Indochina resultou na independência de Laos, Camboja e Vietnã em duas entidades (Vietnã do Norte e Vietnã do Sul) (ACNUR.,2000b).

¹⁸² O Vietminh é o principal grupo atuante em movimento nacionalista vietnamita.

¹⁸³ Estavam presentes nessa Conferência 24 países: Afeganistão, Libéria, Camboja, Líbia, República Popular da China¹⁵, Nepal, Egito, Filipinas, Etiópia, Arábia Saudita, Costa Dourada, Sudão, Irã, Síria, Iraque, Tailândia, Japão, Turquia, Jordânia, República Democrática do Vietnã, Laos, Estado do Vietnã, Líbano e Iêmen. (Comunicado final da Conferência Ásia-África , 24 abril 1955, Bandung) disponível em: http://franke.uchicago.edu/Final_Communique_Bandung_1955.pdf.

¹⁸⁴ A proposta de uma nova ordem econômica internacional foi formalmente apresentada pelos países do Terceiro Mundo e adotada pelas Nações Unidas em 1974, na 6ª Seção Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, com a aprovação da Resolução 3201 intitulada Declaração para o Estabelecimento de uma Nova Ordem Econômica Internacional (NIEO, sigla em inglês) e da Carta de Direitos e Deveres Econômicos dos Estados. Essa resolução foi aprovada unanimemente pelos países menos desenvolvidos, inclusive por países socialistas, e por apenas oito países-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Os demais países industrializados votaram contra a resolução ou se abstiveram (Jacobson et al., 1983).

Foto 13 - Líderes afro-asiáticos na Conferência de Bandung, 1955

FONTE: Historiasiglo20.org. Disponível em: <http://www.historiasiglo20.org/>

Devemos ressaltar também que na década de 1970 houve intensa discussão acadêmica sobre a crise da medicina ocidental hegemônica, com relação a vários aspectos, tais como: seu custo, sua excessiva tecnificação, a “medicalização”, sob várias perspectivas, feitas por diversos autores, tais como Illich (1975), Foucault (1976), Botanski (1979), Zola (1972), Dupuy e Karsenty (1980) entre outros.

Portanto, um intenso fluxo de acontecimentos, tanto interna quanto externamente a OMS, foi a marca da década de 1970, que chega ao seu fim com a realização, em 1978, da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde.

3.2.3 Atenção Primária antes de Alma-Ata

A ideia de que a Atenção Primária à Saúde teve sua origem na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma Ata, trata-se de um sedutor equívoco, além da absoluta imprecisão desse constructo (Rovere, 2012; Feo, 2012; Paim, 2012). Isso posto, sem a pretensão de esgotar o assunto, faremos a seguir o apontamento de algumas experiências, intervenções sanitárias e reflexões que se deram

fora dos hospitais desde o século XVIII, e que antecederam esse evento, buscando desmistificar e relativizar o caráter fundacional atribuído a este evento.

Ocorreram experiências notáveis em países comunistas¹⁸⁵, que tinham em comum a utilização de pessoal não-médico, treinado para resolver problemas de saúde à nível rural. Na América Latina tivemos também a ‘Medicina Simplificada’ na Venezuela, onde a partir de 1962 o Ministério da Saúde desenvolveu uma proposta para as regiões rurais mais distantes, treinando pessoas da comunidade, os convertendo em ‘auxiliares de medicina simplificada’. Com relação ao Brasil, Mota e Schraiber (2011) sinalizam para várias iniciativas de atenção primária anteriores a Alma-Ata, analisando o seu desenvolvimento histórico no Estado de São Paulo¹⁸⁶. No âmbito da América Central, temos a experiência de Managua, onde foram desenvolvidos programas de saúde comunitária sob forte influência da igreja progressista, inspirados na teologia da libertação e as ideias de Paulo Freire sobre educação popular (Zúniga, 2003). No Leste Europeu e na Ásia¹⁸⁷, a partir do forte impacto da crise econômica deflagrada pela Grande Depressão, muitos projetos de saúde rural¹⁸⁸ também se desenvolveram.

No que se refere a regionalização dos serviços de saúde e a integração entre a prática clínica e a saúde pública temos: o projeto russo de Zemstvo, em 1864; e a proposta inglesa, de Bertrand Dawson, em 1920, de regionalização dos serviços a partir de Centros de Saúde Primários, vinculados a distritos, funcionando como uma porta de entrada para o restante do sistema, onde médicos generalistas (General Practitioners) proveriam ações curativas e preventivas. O Sistema Nacional de Saúde inglês (National Health System-NHS), fundado em 1948, organizou-se a partir dessas concepções.

¹⁸⁵ Na China comunista havia os “médicos descalços”, que faziam intervenções nas condições de saúde das comunidades rurais. Na realidade, não se tratava de médicos de fato, eram jovens camponeses de origem humilde indicados pelas comunidades, que faziam ações focadas predominantes em prevenção. Esta experiência ganhou visibilidade a partir da entrada da China na Organização das Nações Unidas (ONU), em 1971 (Cueto, 2004, p.1865). Na Rússia e alguns países de Europa Central e Oriental havia os *feldsher* que eram profissionais de saúde, não médicos, treinados para resolver problemas de saúde em áreas rurais (Isturiz, 2015, p.15).

¹⁸⁶ Mota e Schraiber (2011) analisaram o período entre 1970 a 1990, com destaque à proposta da Programação em Saúde como política oficial do Estado de São Paulo para a implantação da atenção primária como projeto de extensão de acesso, primeiro nível do sistema de saúde e produção de cuidados específicos. Examinaram-se complementarmente as propostas paulistas da Ação Programática e da Defesa da Vida como formulações críticas à Programação e base de debate acerca das inovações na assistência à saúde e nas práticas profissionais.

¹⁸⁷ Na Ásia (excluindo a China) e África, médicos nativos formados nas colônias, praticamente não existiam, porque não havia escolas. Os médicos e outros profissionais de nível superior eram importados da metrópole, conforme as necessidades dessas elites e de seus negócios. Em decorrência dessa política, conforme esses países foram alcançando suas independências, colonizadores e o “staff” médico que os serviam embarcavam para a metrópole no mesmo navio. Assim o Congo, à época da independência, pôde se dar ao luxo de não ter um médico congolês em seu território. Diante disso, a partir da década de 1950, muitos países implementaram o treinamento de auxiliares médicos em 3 anos. Desse modo, na Ásia, excluindo a China, existem 15 dessas escolas, catalogadas na publicação referida da OMS, distribuídas por 7 países; 6 delas estão na Tailândia (Tornerio, 1979; Girsh, 1973).

¹⁸⁸ Para exemplificar, temos o projeto de saúde rural na Iugoslávia que data da década de 1920, na região da Macedônia, além de também haverem se desenvolvido na Polônia, Turquia e Tchecoslováquia (Silverstein, 2019).

Entre 1924 e 1939, a Fundação Rockefeller realizou uma experiência de filantropia civilizatória, na ilha de Java, na Indonésia (colônia holandesa). Tal ação foi conduzida por Hydrick, oficial da FR, e consistia em um projeto de higiene rural no qual os camponeses de Java recebiam noções gerais de higiene e treinamento para construir latrinas, buscando impedir a transmissão de doenças. As intervenções eram realizadas no domicílio, utilizando pessoas da comunidade treinadas, e sessões públicas de cinema sobre o tema. A ideia subjacente era de responsabilizar o aldeão pela sua saúde, isentando as autoridades coloniais (Stein, 2006).

Entre as ações conduzidas por Organizações Não-Governamentais, uma teve especial relevância, a Christian Medical Commission (CMS), organismo especializado do Conselho Mundial da Federação Mundial de Luteranos e Católicos, que atuava desde finais dos anos 1960 em países em desenvolvimento, realizando intervenções na comunidade local e participando da formação de agentes de saúde (Paterson, 1998; Cueto, 2004; Litsios, 2004). Baseando-se nessas atividades, a Comissão passou a difundir a importância de políticas dirigidas para a comunidade, com a utilização de metodologia simples, garantia de medicamentos essenciais e trabalhadores formados para a realidade local, fazendo a divulgação de suas experiências na revista *Contact* (Paterson, 1998). Na visão de Cueto (2004, p.1865), há indício de que a CMS tenha inaugurado o uso do termo *primary health care*, na primeira edição dessa revista.

Figura 9 - Capa da Revista Contact 25

contact 25

Christian Medical Commission World Council of Churches

150 Route de Ferney 1211 Geneva 20 Switzerland

FEBRUARY 1975

GO TO THE PEOPLE
LIVE AMONG THEM
LEARN FROM THEM
LOVE THEM
START WITH WHAT THEY KNOW
BUILD ON WHAT THEY HAVE;

BUT OF THE BEST LEADERS
WHEN THEIR TASK IS ACCOMPLISHED
THEIR WORK IS DONE
THE PEOPLE ALL REMARK,
"WE HAVE DONE IT OURSELVES."

- old Chinese poem

PRIMARY HEALTH CARE AND THE VILLAGE HEALTH WORKER

Na década de 1960, floresceram os programas de medicina comunitária nos Estados Unidos, em meio à ‘guerra contra a pobreza’ das administrações Kennedy e Johnson. Esses programas tinham como principal meta a expansão da cobertura de serviços de saúde, de forma a unificar uma medicina simplificada e mais barata às necessidades contextuais de combate à pobreza. Segundo Paim (2012), a matriz político-ideológica da APS contemporânea constitui-se nessa época.

Em 1974, em meio ao questionamento com relação a política pública de saúde canadense, que investia seus recursos prioritariamente em serviços assistenciais aos agravos de saúde, o então ministro da Saúde e Bem-Estar, Marc Lalonde, produz um Relatório que ganhou o seu nome, e que teve grande repercussão na época. Ele apresentou o conceito de Campo de Saúde, com o objetivo de ampliar a visão corrente de saúde _ reduzida, segundo o relatório, à existência de bons serviços de atendimento médico (Lalonde, 1974). Isso resultou no redimensionamento dos determinantes sociais, entendendo que outros fatores influenciam a saúde, não se restringindo a oferta de atendimento médico.

Como vemos, há uma diversidade de experiências e inspirações que antecederam a Alma-Ata, e não podemos esquecer que cada uma delas se deu dentro de um determinado contexto histórico, sob a influência de conjunturas bastante diversas.

3.2.4 Atenção Primária à Saúde _ 1978_ edição única e especial, OMS

A década de 1970 foi marcada por alguns fatos que propiciaram um clima institucional progressista na OMS, tais como: o fracasso da campanha de erradicação da malária¹⁸⁹, construída com base no modelo de assistência ao desenvolvimento, evidenciando a ineficiência dessa estratégia; um novo alinhamento de forças a partir do

¹⁸⁹ No final da década de 1960 tivemos o fracasso do modelo de assistência ao desenvolvimento aplicado na busca da erradicação da malária. Na ocasião, a OMS tinha como diretor-geral os brasileiros Marcolino Gomes Candau, ex-funcionário da Fundação Rockefeller. Essa estratégia ajustava-se perfeitamente aos esforços da Guerra Fria dos Estados Unidos em promover a modernização com reformas sociais limitadas e administradas por um pequeno número de especialistas. As ações se davam na forma de campanhas através da promoção de tecnologias levadas de fora, sem realizar um maior esforço para atrair a participação da população local no seu planejamento ou na sua implementação (Packard, Brown, 1997).

retorno¹⁹⁰ a OMS, da União Soviética¹⁹¹ e outros países comunistas, e o ingresso dos novos Estados recentemente independentes da Ásia e da África. Soma-se a tudo isso, o fato de que estava em curso um declínio¹⁹² da hegemonia mundial dos Estados Unidos, o que naturalmente, repercutiu em sua influência junto a OMS.

Além disso, em 1973, assume como diretor-geral da OMS, o médico dinamarquês Halfdan Mahler¹⁹³, o qual teve papel primordial na mediação entre os diversos interesses em jogo na Guerra Fria. Devemos destacar também a proeminência de Kenneth W. Newell, especialista em Saúde Comunitária Tropical, diretor da Divisão de Pesquisa em Epidemiologia e Ciência da Comunicação da OMS, que em 1975, organizou a obra “*Saúde pelo Povo*”, na qual compilou composta por vários estudos sobre abordagens alternativas para populações rurais, expressando seu entusiasmo por projetos comunitários. É importante comentar que vários dos exemplos citados na obra de Newell (1975) são referentes a programas da Comissão Médica Cristã (sigla em inglês, CMS), organização missionária que desde 1974 havia estabelecido uma colaboração próxima junto a OMS, com aporte de dinheiro (Cueto, 2004).

O Dr. McGilvray (Comissão Médica Cristã) disse que a Comissão estava preocupada com mais de 5000 programas de saúde em 98 países, a maioria deles em desenvolvimento. A grande maioria dos programas foi realizada fora de instituições curativas, variando desde centros de saúde primários a sofisticados hospitais de ensino, mas identificou-se o desequilíbrio entre a existência de serviços de saúde disponíveis para alguns poucos e milhões de pessoas desprovidas de qualquer assistência médica, havia se agravado. Consequentemente, a Comissão decidiu experimentar, para determinar como, com recursos escassos, poderia ser prestada assistência médica eficaz para um número máximo de pessoas. Dois dos programas realizados (no Bangladsh e na Índia) foram descritos no estudo da OMS / UNICEF. [...] Ele instou a

¹⁹⁰ O retorno da União Soviética e outros países comunistas a OMS se deu em 1956, resultando em um novo equilíbrio político interno na instituição (Brown, Cueto, Fee, 2006).

¹⁹¹ O delegado soviético, Venediktov, teve especial destaque, aprovando em maio de 1970, os “Princípios Básicos para o Desenvolvimento de Serviços de Saúde”¹⁹¹ (OMS, 1970, WHA_23.61). Contudo, segundo Litsios (2002, p.712-713), a aprovação desse material foi marcada por intenso embate com o delegado dos Estados Unidos, sobretudo com relação a dois aspectos: o papel do Estado, e a gratuidade dos serviços.

¹⁹² Simultaneamente a promulgação da Nova Ordem Econômica Mundial, estava em curso uma degradação do cenário econômico internacional como consequência da internacionalização da crise do déficit em transações correntes dos EUA e o seu rompimento unilateral dos acordos de Bretton Woods, em 1971. Esses eventos, acompanhados da derrota americana no Vietnã e da emergência da primeira crise do petróleo, ambos de 1973, eram então percebidos como parte de um processo de declínio da hegemonia dos EUA (Pires-Alves, Cueto, 2017, p.2137).

¹⁹³ Entre 1950 e 1951, Mahler dirigiu a campanha antituberculose da Cruz Vermelha no Equador e depois passou vários anos (1951-1960) na Índia como funcionário da OMS, atuando no Programa Nacional de Tuberculose (Cueto, 2004, p. 1865). Esse período foi muito importante para convencê-lo da importância dos serviços básicos de saúde essenciais para eliminar doenças como a tuberculose (Packard, 2007). Enquanto funcionário da OMS esteve envolvido em projeto relacionados ao desenvolvimento de “Serviços Básicos de Saúde”, entre 1965 e 1971. Portanto, Mahler teve uma trajetória diversa de seu antecessor, Candau, malariologista, ex-funcionário da Fundação Rockefeller (Birn, Kremmentsov, 2018, p.5).

Diretoria [da OMS] a dar seu apoio entusiástico à política [...] e prometeu os recursos da Comissão na sua aplicação. (OMS, UNICEF, 1975c, p.59).

Com relação a parceria entre a OMS e o UNICEF, a aproximação entre Mahler e Henry Labouisse¹⁹⁴ foi essencial para que a Conferência de Alma-Ata ocorresse. A interação entre as duas agências resultou em 1975 no documento *Abordagens Alternativas para atender as necessidades de serviços básicos de saúde em países em desenvolvimento*¹⁹⁵. Esse material já delineava as ideias da OMS sobre APS, contestando uma abordagem predominantemente marcada por abordagens verticais em doenças e a inadequação da reprodução de sistemas de saúde ocidentais em países em desenvolvimento.

[...] A OMS e o UNICEF devem adotar um programa de ação com vistas a ampliar a atenção primária à saúde a populações de países em desenvolvimento, com base nos princípios abaixo, para aqueles que atualmente estão inadequadamente providos de tais cuidados, tais como populações rurais e remotas, moradores de favela e nômades. Uma vez que o desenvolvimento de serviços de atenção primária à saúde é um empreendimento nacional que requer ação em todos os níveis e que dificilmente é viável para todos os países introduzir reformas radicais, o programa de ação proposto deverá ser implementado inicialmente por governos dispostos a empreender este esforço com, se necessário, a assistência de outros países e de organizações internacionais, bilaterais e voluntárias. [...] (OMS, UNICEF, 1975, p.105).

A questão da influência soviética na OMS no período que antecedeu a Conferência foi objeto de estudo de vários autores (Litsios, 2002; Cueto, 2004; Birn e Krementsov, 2018). Segundo Cueto (2004, p.1867), a ocorrência da Conferência de Alma-Ata constituiu “uma pequena vingança soviética na Guerra Fria”, enquanto Litsios (2002, p.710-718) ressaltou a existência de uma pressão consistente e agressiva da URSS para sequestrar a agenda da OMS para APS.

Birn e Krementsov (2018) analisaram documentos produzidos na União Soviética, ampliando essa discussão, concluindo que a Conferência histórica da Alma-Ata tinha um significado distinto para a OMS e os representantes soviéticos: para Mahler, Newell e outros proponentes ocidentais de APS, o sucesso estaria na participação comunitária, tendo Mahler uma particular preocupação com um papel excessivo do profissional médico; enquanto que para os soviéticos, era essencial um sistema de saúde planejado e

¹⁹⁴ Henry Labouisse ficou à frente da UNICEF entre 1965 e 1972. Ele tinha grande experiência com iniciativas na área da saúde e educação baseadas em comunidades (Cueto, 2004, p. 1866).

¹⁹⁵ Esse documento fazia menção a muitas experiências de sucesso da APS em países como a China, Cuba, Índia, Tanzânia, Bangladesh, Venezuela, Iugoslávia, entre outros (OMS/UNICEF, 1975).

controlado pelo poder estatal. Por outro lado, Newell aspirava por um modelo híbrido, aplicável também ao mundo capitalista-industrial e, especialmente, para contextos não-socialista de baixa renda, prescindindo de um contingente de médicos altamente treinados. Havia uma disputa política e ideológica entre esses diferentes atores, mas um especial receio por parte de Mahler e Newell de que houvesse resistências ocidentais a proposição de uma APS com um sotaque “russo”.

Durante sua gestão, Mahler protagonizou o enfrentamento de interesses norte-americanos, como por exemplo, a batalha relativa à alimentação infantil com leite materno versus as fórmulas industrializadas substitutivas, em meados dos anos 1970, quando o enfrentamento se deu basicamente com a empresa Nestlé; e a oposição ao Programa de Medicamentos Essenciais, lançado em 1978, que estimulava tanto a formulação de políticas de assistência farmacêutica com base numa lista de medicamentos a serem distribuídos, quanto a produção nacional desses medicamentos, o que contrariava os interesses das principais multinacionais farmacêuticas norte-americanas (Walt, 1994, p.138-140).

A decisão de realizar uma reunião internacional para tratar da APS não foi uma tarefa fácil. Em 1975, tanto Venediktov quanto Newell entendiam estar na hora de realizar um evento, de porte internacional ou local, para discutir as experiências dos diversos países na organização de serviços de saúde nacionais. Porém, Mahler era bastante reticente a essa ideia, pois havia o receio de “embarcar em um empreendimento novo e desafiador, particularmente depois de tantos fracassos no passado, a menos que tivesse certeza de apoio moral total da Assembleia Mundial da Saúde e do Conselho Executivo” (OMS, 1975c). Abaixo, temos o excerto de um documento da OMS, em janeiro de 1975, no qual evidenciamos a realização de um evento internacional já estava sendo gestado.

Solicita ao Diretor-Geral, [...] (2) tomar as medidas necessárias para convocar em 1975 ou 1976 um representante conferência ou reunião internacional sob os auspícios da OMS, que poderiam discutir várias abordagens para a organização dos sistemas e serviços nacionais de saúde em diferentes países, a possibilidade de usar a análise de sistemas da saúde serviços, com vistas a aumentar sua eficácia, e também os mais maneiras racionais de usar a experiência internacional e a assistência internacional de várias fontes para um desenvolvimento e fortalecimento mais rápidos de serviços nacionais de saúde e de atendimento médico primário à população da países em desenvolvimento (OMS, 1975c, p.72).

Até que em novembro de 1975, após ser novamente questionado sobre a realização de um grande encontro internacional, decidiu-se favoravelmente, iniciando os preparativos. Por fim, em 1978, ocorre a Conferência Internacional para Cuidados Primários de Saúde, no Czaquistão, na antiga União Soviética, na cidade de Alma-Ata, organizada a partir de uma parceria entre a OMS e UNICEF. Os países¹⁹⁶ foram conclamados a redirecionarem seus sistemas de saúde para dar atenção ao conjunto da população, recomendando a adoção da estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS).

Foto 14 - Halfdan T. Mahler, tendo ao seu lado direito o senador americano Edward Kennedy durante a Conferência de Alma-Ata.

FONTE: Tejada, 2003

A foto acima, com o senador estadunidense, Edward Kennedy, sentado à direita de Mahler, a olhá-lo de modo desaprovador, já era o prenúncio do posicionamento do presidente americano que assumiria em 1981, Ronald Regan, sobre o descontentamento do país com “a predominância de países do terceiro mundo em agências da ONU” (Chorev, 2012, p.125). Na verdade, ao procurar regular poderosos interesses adquiridos,

¹⁹⁶ Eram 3000 delegados de 134 governos e 67 organizações internacionais vindos de todo mundo. Muitos dos delegados vinham do setor público, especificamente do ministério da saúde; do 70 participantes da América Latina, 97 % eram de instituições públicas de saúde. Se esperava que muitos dos delegados fossem da área de planejamento e especialistas em educação, porém poucos deles eram dessas áreas (Cueto, 2004, p. 1867).

com iniciativas tais como: a Saúde para Todos, a Lista de Medicamentos Essenciais, e o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, o diretor-geral, Halfdan Mahler, estava redefinindo o que uma organização internacional de saúde deveria fazer.

Três ideias-chaves estavam contidas na Declaração final da Conferência de Alma-Ata, sendo uma delas, uma postura crítica quanto ao papel negativo da utilização de tecnologias orientadas para doenças, centradas no hospital e equipamentos de alto custo.

[...] Os cuidados de saúde primários são cuidados de saúde essenciais baseados em métodos e tecnologias científicos e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade através de sua participação plena e a um custo que a comunidade e país podem se dar ao luxo de manter em todas as fases de seu desenvolvimento e espírito de autoconfiança e autodeterminação. [...] (OMS, 1978)

Uma segunda ideia se relacionava a excessiva especialização médica, enfatizando a importância da inclusão de profissionais não médicos e da comunidade.

[...] confia, a nível local e de referência, em trabalhadores de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e trabalhadores comunitários, conforme aplicável, bem como profissionais, conforme necessário, devidamente treinados social e tecnicamente para equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade. [...] (OMS, 1978)

E por último, sublinhava a vinculação da saúde ao desenvolvimento social, e não simplesmente como um subproduto do progresso econômico, em contraponto às teorias sobre o desenvolvimento econômico, dominantes na década de 1950. Segundo Paim (1986, p.139), na década de 1970, o tema da saúde em função do desenvolvimento e vice-versa polarizou as atenções de estadistas, intelectuais e técnicos do setor da saúde.

[...] III - O desenvolvimento econômico e social, baseado em uma Nova Ordem Econômica Internacional, é de importância fundamental para a plena realização da saúde para todos e para a redução do déficit entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos [...] (OMS, 1978, p.1).

Segundo Cueto (2004), a Declaração de Alma-Ata reafirma a saúde como direito do homem e propõe a Atenção Primária como estratégia privilegiada de operacionalização das metas da SPT-2000¹⁹⁷, incorporando, tacitamente, nos documentos

¹⁹⁷ Em 1977, a Assembleia Mundial da Saúde lança a consigna Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT-2000), adotando uma política de extensão de cobertura dos serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados de assistência.

oficiais dessa organização, elementos do discurso da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária.

A 32ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1979, respaldou a Declaração produzida pela Conferência, e aprovou uma resolução que declarava a APS a “chave para alcançar um nível aceitável de saúde para todos” (WHA 32.30, 1979). Enquanto, em 1981, a OMS produziu o documento “Estratégia global para a saúde para todos até o ano 2000”, no qual delimita metas a serem alcançadas.

Contudo, uma outra história estava em curso desde o início da década de 1970, marcada pela crise econômica de 1973, derivada dos choques do petróleo, que atinge fortemente o mundo. De modo que, países desenvolvidos e em desenvolvimento, entram em um período de forte recessão, que, em alguns casos, vai se estender até a década de 1980. Esse panorama fará com que a proposta de Alma-Ata tenha uma vida curta, e que a questão dos refugiados, necessariamente política, comece a sofrer um outro tipo de pressão, agora econômica, resultando em uma inflexão ascendente no número de refugiados no mundo.

3.2.5 A Reformulação Neoliberal da Atenção Primária à Saúde_

“Saúde para todos ?”

A proposição de uma APS abrangente com uma abordagem intersetorial e multidimensional para a saúde, por parte da OMS, constituiu um momento “áureo” dessa organização e da saúde internacional. Logo após a sua divulgação, uma série de críticas apontavam para o idealismo nas proposições, um calendário irrealista, a ausência de objetos delimitados, e indefinição quanto ao financiamento da proposta (Cueto, 2006, p.51,52). Os Estados Unidos e o Banco Mundial foram os principais atores envolvidos em todo esse processo de “redução do idealismo de Alma-Ata a um conjunto prático de intervenções técnicas mais facilmente gerenciadas e mensuráveis” (Brown, Cueto e Fee, 2006, p.633).

Um ano depois da Conferência de Alma-Ata, em 1979, a Fundação Rockefeller patrocinou uma Conferência intitulada “Saúde e Populações em Desenvolvimento”, em

Bellagio, na Itália. Tal iniciativa teve também o apoio do Banco Mundial e do UNICEF¹⁹⁸, sendo importante apontarmos para uma inflexão na postura dessa última, que quando da promulgação da Declaração de Alma-Ata, encontrava-se alinhada com a OMS. Esse encontro selou o destino da APS, cunhando um conceito alternativo _ a “Atenção Primária à Saúde Seletiva” (APSS), construído segundo a noção “de intervenções técnicas pragmáticas e de baixo custo, que fossem limitadas em seu escopo e facilmente monitoradas e avaliadas”.

A operacionalização da APSS se deu já em 1982, pelo UNICEF, com o lançamento do programa “Revolução pela Sobrevivência Infantil”, cujas ações a serem implementadas concentravam-se em quatro pontos: monitoramento do crescimento de crianças, terapia de reidratação oral, a promoção da aleitamento materno, e imunização infantil universal, que se tornaram mais conhecidos pela sigla GOBI (em inglês, growth monitoring of young children, oral rehydration therapy, promotion of breast feeding, and immunization). Em 1983, algumas agências acrescentaram a suplementação alimentar, educação de mulheres¹⁹⁹ e planejamento familiar, representadas por FFF (em inglês, food supplements, female education, family spacing) _ compondo a sigla GOBI-FFF (Cueto, 2016, p.238, 239). Jim Grant, diretor do UNICEF, teve grande protagonismo e empenho na divulgação dessa proposta, prometendo que “em uma década, estaríamos salvando a vida de 20.000 crianças cada dia” (UNICEF, 1982, p.7). Além do grande apoio financeiro da Fundação Rockefeller, ele utilizava habilmente a mídia impressa da época para a consolidação da imagem institucional do UNICEF, o que se expressa no título da matéria publicada no jornal *The New York Times*, de 13 de dezembro de 1985, “Unicef diz que está salvando um milhão de vidas por ano”.

Do mesmo modo que a falha do programa de erradicação da malária havia descreditado as abordagens verticais em muitos círculos da saúde internacional e deflagrou a reavaliação dessas estratégias por parte da OMS na década de 1970, o sucesso da erradicação da varíola a partir de 1980 foi um golpe na proposta da APS abrangente (Packard, 2016).

¹⁹⁸ Entre 1980 e 1985, James Grant, economista, dirigiu o UNICEF e ao contrário do gestor anterior, não estava alinhado com as ideias de Mahler, e portanto, não simpatizava com uma visão holística de APS, e sim com ações rentáveis economicamente (Cueto, 2006, p.46).

¹⁹⁹ O nível educacional de mulheres e mães jovens era considerado crucial para muitos programas de saúde (Cueto, 2016, p.238, 239).

[...] O sucesso da campanha da varíola deixou um legado mais amplo. Mesmo que nenhuma outra doença tivesse sido erradicada, a vitória da varíola convenceu muitos na saúde internacional de que a aplicação cuidadosa de tecnologias médicas, especialmente vacinas, poderia ter um impacto dramático na mortalidade em países pobres em recursos, e que esse impacto foi possível sem um sistema de saúde bem desenvolvido ou quaisquer melhorias significativas no bem-estar social e econômico geral das populações-alvo (Packard, 2016, p.3578).

Mahler, ainda a frente da OMS, era bastante crítico²⁰⁰ com relação a proposta do UNICEF, baseada em intervenções rápidas e pontuais ao invés de realizar mudanças mais sólidas na saúde internacional, percebendo-a como uma ameaça a proposta abrangente de APS e o risco do predomínio de intervenções seletivas na saúde mundial. Tais intervenções recorriam a tecnologias biomédicas, cada vez mais disponíveis, e iam fortemente ao encontro dos interesses da indústria farmacêutica. Podemos identificar tais reflexões no excerto abaixo, retirado do Relatório Bianual da OMS referente a 1978-1979.

[...] Lições importantes podem ser aprendidas com a erradicação da varíola - mas a ideia de que devemos destacar outras doenças para campanhas de erradicação em todo o mundo não está entre elas. Essa ideia é tentadora, mas ilusória. A epidemiologia da varíola é diferente daquela de outras doenças, e seu controle e subsequente erradicação foram baseados no uso sábio do conhecimento epidemiológico[...]. No entanto, não se pode negar que os interesses dos países em desenvolvimento, por um lado, e da indústria de medicamentos e vacinas, por outro, não são idênticos. Essa indústria ainda é seduzida pelos os lucros que pode obter nos países desenvolvidos (OMS, 1980).

Segundo Feo (2012, p.353), a falta de êxito²⁰¹ no alcance da meta “Saúde para Todos no ano 2000”, deu-se em decorrência da falta de compromisso político para superar as desigualdades, e para construir uma nova ordem mundial, fatores indispensáveis para o alcance desse objetivo. Tejada²⁰² (2003) sinalizou para uma questão linguística relacionada com a tradução do termo “Primary Health Care” para o espanhol, como Atenção Primária à Saúde”. Tal tradução teria levado ao enfraquecimento da carga

²⁰⁰ Continuaram ao longo dos próximos anos os embates entre os defensores (Wisner, 1988; Newell, 1988; Ruxin, 1991; Werner et al, 1997; Frenks, 1990) da versão abrangente, integral e compreensiva da APS_ “Atenção Primária à Saúde Compreensiva” e a APSS (Wash, Warren, 1988; Warren, 1988). Havia muitos autores (Navarro, 1984; Breth, 1979; Testa, 1992) reconheciam na agenda de Alma-Ata um reflexo do modelo desenvolvimentista hegemônico no mundo ocidental. Na América Latina, Testa (1992) era ferrenho crítico, apontando que a Atenção “Primária”, na verdade queria dizer Atenção “Primitiva”, sendo um meio de controle social do pobre, uma distorção do padrão ouro estabelecido em Alma-Ata.

²⁰¹ Cabe lembrar o discurso de Mahler (1981), então diretor da OMS, em 1981, quando formula cinco perguntas que definiram o êxito e futuro da APS: há disposição para enfrentar o abismo que separa os “privilegiados” dos “despossuídos”?; Estamos dispostos a modificar os serviços de saúde, colocando a APS no centro?; estamos dispostos a nos comprometer politicamente e garantir os recursos necessários ?estamos dispostos a mobilizar as pessoas ?, estamos dispostos a superar as resistências sociais, econômicas e profissionais ? (Feo, 2012 ,p.354).

²⁰² David A.Tejada de Rivero foi subdiretor geral da OMS entre 1974 a 1985.

politicamente transformadora da ideia de “saúde para todos”, conferindo maior relevância a APS como estratégia operativa, desprovida de seu sentido global.

[...] Em relação à "atenção", a versão original em inglês utilizava o termo "cuidado", e não "atenção". "Cuidado" tem uma conotação muito mais ampla e integral do que "atenção". Cuidado indica relações horizontais, simétricas e participativas; enquanto a atenção é vertical, assimétrica e nunca participativa em seu sentido social. O cuidado é mais intersetorial, enquanto a atenção pode restringir-se a setores, com programas isolados e serviços específicos. Em linguística, o termo "primário" tem significados diversos e até contrários. Entre eles, dois são extremos e até opostos: um se refere ao "primitivo, pouco civilizado" e o outro ao "o principal ou o primeiro em ordem ou grau". Pelas percepções simplistas e preconceituosas das experiências que deram origem ao conceito era mais fácil, mais confortável e seguro entender o termo "primário" no primeiro significado, quando o espírito de Alma-Ata se referia ao segundo. [...] (Tejada, 2003, p.3).

Com relação ao impacto das Campanhas GOBI-FFF, foi insipiente o fortalecimento dos sistemas de saúde, uma vez que não reforçavam a infraestrutura da saúde pública, a força de trabalho, as cadeias de suprimentos ou a prestação de serviços de atenção primária. Do mesmo modo, pouco afetaram os indicadores de saúde que não sejam mortalidade infantil. Esse conjunto de fatores explica a não sustentabilidade dos sucessos²⁰³ (Basílico et al, 2013, p. 2303). Em 2006, o próprio UNICEF chamou o GOBI-FFF de “um retrocesso às campanhas anti-doenças em massa dos anos 1950” (UNICEF, 2006, p.17).

O caráter paliativo dos pacotes de intervenções técnicas, negligencia o contexto social e econômico mais amplo, como por exemplo: o monitoramento rotineiro do crescimento sem abordar as razões da má nutrição; a terapia de reidratação oral que evitou as causas subjacentes da diarreia (isto é, a necessidade de fornecer água limpa e saneamento adequado); os programas de aleitamento materno que careciam de apoio social; e a pouca coordenação entre os programas de imunização e os esforços de APS onde foram implementados (Farmer et al, 2013). A charge abaixo expressa as críticas

²⁰³ De fato, as taxas médias de imunização no mundo em desenvolvimento saltaram de 20% para 40% nos dois primeiros anos da campanha. Contudo, em 2010, as taxas de imunização em vários países caíram para abaixo de 80%, de tal modo que em 2010, apenas metade dos países em desenvolvimento haviam imunizado 80% das crianças em 80% de seus distritos para Difteria, Coqueluche e Tétano (DPT). Quase 53% de todos os países em desenvolvimento não relataram distribuição de vitamina A para crianças menores de 5 anos. E mesmo que vinte países em desenvolvimento tenham eliminado o tétano neonatal e materno entre 2000 e 2011, trinta e oito países ainda enfrentavam essa forma evitável de morbidade (OMS, UNICEF, 2011).

sobre a utilização de soluções de rehidratação oral em países onde não havia água potável nem rede de esgoto, apontado como uma ação paliativa _ um “band-aid”.

Figura 10 - Crítica²⁰⁴ à política de rehidratação Oral

FONTE: Palo Alto, CA: HealthWrights, 1997

Subjacente às mudanças em curso na saúde internacional, estava em curso uma crise econômica e fiscal desde os anos 1980. Enquanto que no plano político internacional, os governos conservadores nos Estados Unidos e na Europa, especialmente o de Margaret Thatcher (1979-1992) e o de Ronald Regan (1981-1989) iram capitanear a implementação de reformas neoliberais, resultando em uma inflexão na política institucional do Banco Mundial. Tais reformas propõe a minimização do Estado, a consequente retração de direitos sociais e uma restrição nos recursos disponíveis para serem aplicados em saúde pública e a progressiva transferência de vários setores estatais para o mercado privado (Almeida,1999, p.264). O impacto dessas mudanças na saúde

²⁰⁴ Desenho de Alicia Brelsford, questionando a política do UNICEF para manejo da doença diarreica com Terapia de Reidratação Oral.

mundial será inevitável, uma vez que nesse período, a maioria das regiões do mundo em desenvolvimento, e de modo particular a África Subsaariana, os países ex-comunistas da Europa e a América Latina exibiram taxas medíocres ou mesmo negativas de crescimento de seus PIBs (produto interno bruto) per capita (Galvão, 2007, p.70). O empobrecimento desses países passou a constituir o principal determinante social da saúde de sua população, impactando-a negativamente.

Tabela 4 - Crescimento de longo prazo do PIB real per capita (baseado em médias anuais)

Discriminação	1980/1989	1990/1999
Total Mundial	1,3	1,1
Países de Alta Renda	2,5	1,8
OCDE	2,5	1,7
Estados Unidos	2,2	1,9
Japão	3,5	1,1
.....União Europeia	2,1	1,8
...Países fora da OCDE	3,5	4,1
Países Desenvolvimento	0,6	1,5
.Leste da Ásia e o Pacífico	5,8	6,3
.Leste Europeu e Ásia Central	1,0	-1,8
América Latina e Caribe	-0,9	1,5
Oriente Médio e Norte da África	-1,6	1,1
Sul da Ásia	3,3	3,2
África Subsaariana	-1,2	-0,5

FONTE: Banco Mundial (2005), p.17.

O impacto dessa realidade sobre países em desenvolvimento pode ser exemplificado na manchete de um artigo publicado no Jornal Folha de São Paulo, em 1975, sinalizando para o alto índice de desnutrição infantil na cidade de São Paulo, sobre o qual, as intervenções propostas pela APSS teriam baixo impacto.

Em SP 25,9% das crianças são desnutridas

Uma pesquisa sobre as condições de saúde e nutrição das crianças da cidade de São Paulo feita entre 1984 e 1985 indica que 25,9% das crianças paulistas são desnutridas.[...] A situação da cidade de São Paulo é, portanto, bem melhor do que a de outras capitais: em Recife, João Pessoa e São Luís a estima-se que a desnutrição infantil atinja cerca de 70% das crianças[...] o principal fator da desnutrição é o baixo consumo de alimentos em geral.[...] A desnutrição varia com o nível sócio-econômico: 28% das crianças de nível alto/médio-alto tinham dietas deficientes em calorias, contra 49% das crianças de nível

baixo/médio-baixo. As deficiências em ferro e vitamina A seguem esse padrão. (Folha de São Paulo, 18/10/1989)

Ignorando esse cenário, e, portanto, negligenciando o contexto social e econômico mais amplo, ações de curto prazo tornaram-se mais atraentes as vistas das grandes agências da saúde internacional (Cueto, 2006, p.53). Além da volta das intervenções verticais, com orientações técnicas com foco na sobrevivência infantil, deu-se o deslocamento da responsabilidade do Estado em garantir condições mínimas de vida para o foco em mudanças no comportamento individual (Birn, Pillay, Holtz, 2017, p.72).

Os pobres são acusados de ignorância e comportamento inadequado, e solicitados a mudar seus estilos de vida para melhor se adaptarem às circunstâncias em que estão inseridos. por exemplo, eles são solicitados a se adaptarem às realidades da água contaminada tratando a diarreia, em vez de serem treinados em métodos para demandar melhorias nos sistemas hídricos de seus governos locais [...] Devemos estar cientes das implicações de fazer trabalhos de band-aid onde a cirurgia é necessária (Kent, 1991, p.53).

No final da década de 1980, os efeitos dos programas de ajuste estrutural na saúde da população mundial já podiam ser identificados, com muitos países em desenvolvimento recorrendo a empréstimos junto ao Banco Mundial. Stewart (1991, p.1851) observou que entre os países que recorreram aos empréstimos do Banco Mundial, os pagamentos de juros aumentaram, em média, de 9% para 19,3% nos orçamentos em toda a América Latina e de 7,7% para 12,5% na África entre 1980 e 1987. Tais pagamentos ocorreram a custas da redução de gastos sociais per capita em saúde e educação, que diminuíram em média 26% nos países africanos e 18% na América Latina entre 1980 e 1985. Com relação ao volume fenomenal dessa dívida externa, descreve Hobsbawn (2007).

Praticamente nada desse dinheiro tinha probabilidade de um dia ser pago, mas enquanto os bancos continuassem a ganhar juros sobre ele_ uma média de 9,6% em 1982 (UNACTAD)_ não se incomodavam. Houve um momento de verdadeiro pânico no início da década de 1980, quando, começando com o México, os grandes devedores não puderam pagar, e o sistema bancário internacional esteve à beira do colapso. [...] Este foi provavelmente o momento mais perigoso para a economia mundial capitalista desde 1929 (Hobsbawn, 2007, p.412).

O orçamento da OMS também foi impactado pela crise econômica e fiscal dos anos 1980, com uma redução nas contribuições dos Estados-membros. Em 1985, o quadro agravou-se pois os Estados Unidos interromperam totalmente o aporte de recursos para a OMS. Tal posicionamento se deu em retaliação a ações contrárias aos seus

interesses no passado, tais como programa de medicamentos essenciais e às regras para a substituição do leite materno estabelecidas pela OMS (Walt, 1994; Brown, Cueto e Fee, 2006). Assim, na virada do século XX, os fundos extraorçamentários superaram o orçamento regular e, em pouco tempo passaram a representar dois terços dos gastos da agência. Consequentemente, a OMS tem sua autonomia, seu papel de liderança internacional e capacidade de coordenação política na área da saúde, bastante comprometidos. Além da neutralização da influência dos países em desenvolvimento. Simultaneamente, crescia a influência de novos atores (públicos e privados), sendo o Banco Mundial o mais importante deles, com o aumento de sua participação nos financiamentos do setor saúde (Cueto, 2015). Tal protagonismo determinou a transformação da arquitetura de instituições internacionais de saúde, que passaram a assumir um perfil transnacional.

Gráfico 6 - Evolução das contribuições fixas (abaixo) e voluntárias (acima) de 1998-2013 (em milhões de US\$)²⁰⁵

FONTE: OMS, EBSS/2/INF.DOC. /2, Genebra, 25/10/2011. p.2. Acesso 18 fev. 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/2530/EBSS2_ID2-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²⁰⁵ Contribuições in natura excluídas. Para 2010/2013, trata-se de projeções.

Sendo assim, em 1988, quando terminou o mandato de Mahler a frente da na OMS, Hiroshi Nakagima assume e executa o “enterro simbólico” da instituição, agora menos combativa, inexpressiva e alinhada com os interesses dominantes na época. Nesse momento, o debate sobre a APS abrangente versus APS Seletiva e o sucesso da Campanha GOBI_FFF do UNICEF, tornaram-se ultrapassados.

Ganha proeminência a utilização da tecnologia biomédica²⁰⁶, expressa no anúncio da erradicação da varíola no mundo, a partir de 1980, representando, segundo Birn et al. (2017), a “parábola da excelência da saúde global”. Soma-se a isso o interesse crescente do Banco Mundial pela área da saúde, promovendo, a partir de 1990, a incorporação de reformas liberais na saúde internacional, que desde assume a denominação de saúde global.

Um documento emblemático desse momento, é *Investir em Saúde*, produzido pelo BM, em 1993, cuja ideia principal é a priorização de intervenções custo-efetivas, o que indiretamente induziu ao abandono de propostas abrangentes no sistema de saúde (Cueto, 2015, p.79; Banco Mundial, 1993). Para Basilico et al (2013, p.2338), a ascensão da APSS também reforçou a ideologia neoliberal em vigor, estabelecendo as bases para as formulações que o Banco Mundial apresentou em 1993.

Chegamos então ao final do século XX com a existência de cada vez menor número de países com sistemas universais gratuitos. Com o estímulo da lógica da Cobertura Universal de Saúde²⁰⁷ (CUS), que apesar do que o nome sugere, trata-se de um Estado mínimo, sob a lógica neoliberal, com oferta de pacotes mínimos de serviços de saúde. Desde meados da primeira metade do século XXI, a CUS tornou-se uma questão para muitas agências, capitaneadas pela Fundação Rockefeller, em oposição a “Sistemas

²⁰⁶ De fato, a seguir, teve início a um esforço no sentido de desenvolver programas verticais para o uso de vacinas e outras tecnologias biomédicas para resolver problemas de saúde específicos (Birn et al, 2017, p.69; Packard, 2016).

²⁰⁷ Em contraponto com relação a CUS, uma outra perspectiva passa a ocupar o debate da saúde global, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Consideram-se os DSS indicadores de condições econômicas e sociais em que as pessoas vivem, como salário, educação, emprego, habitação, alimentação, saneamento básico e relações de classe ou de categoria social (Cueto, 2015, p.94). A discussão sobre a DSS vincula-se à Comissão Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, formada em 2005 como uma unidade independente da OMS. O contexto de surgimento da comissão é o de evidente crescimento das desigualdades sociais, apesar das promessas neoliberais da Margaret Thatcher e Ronald Regan, a multiplicação do desemprego, os empregos parciais e mal remunerados e a extensão da miséria na Europa e nos Estados Unidos. Nessa perspectiva, fatores socioeconômicas _independentemente dos serviços de saúde existentes _aumentam e diminuem o risco de os indivíduos contraírem doenças comuns. Portanto, as iniquidades em saúde são evitáveis, injustas e desnecessárias, podendo ser alteradas por meio de ações políticas dos Estados que sejam assertivas e integrais e estejam baseadas em evidências científicas (Cueto, 2015, p.94, 96). Os críticos do conceito de DSS argumentam que ainda é preciso verter os conhecimentos gerados pelas pesquisas socio-sanitárias em ações concretas e viáveis e que os DSS são somente uma nova versão da APS (Cueto, 2015, p.94,9, 98).

Universais de Saúde” (Noronha, 2013). A própria OMS incorpora essa proposta, o que pode ser observado nos relatórios anuais da OMS, em 2010 e 2013 dedicados ao conceito (WHO, 2010, 2013). Além da publicação, pela influente revista inglesa *The Lancet*, de artigos favoráveis sobre o tema (Mukherjee JS et al, 2019; Wright e Mabejane, 2019; Verrecchia, Thompson, Yates, 2019).

[...]é provável que fortes agentes de mercado, como fabricantes de produtos farmacêuticos, organizações hospitalares, associações de provedores e companhias de seguros, aumentem a pressão para atrair financiamento público e privado, especialmente nos países de renda baixa e média, para que adotem políticas para financiar o seguro de saúde, como um meio em direção à Cobertura Universal de Saúde (UHC). (Fundação Rockefeller, 2013, p.2).

A existência de países com sistemas universais gratuitos, é cada vez mais escassa. Sem falarmos do estímulo à lógica da Cobertura Universal de Saúde, que apesar do que o nome sugere, trata-se de um Estado mínimo, sob a lógica neoliberal, com oferta de pacotes mínimos de serviços de saúde. Sendo assim, o termo atenção primária, a partir de 1990, assumirá definitivamente uma característica polissêmica, se distanciado da proposta da OMS. Atualmente, os países europeus, ele refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições comuns, e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população. Enquanto nos países periféricos, a atenção primária, com frequência corresponde a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade para cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais de extrema pobreza (Giovanella, 2006, p.952).

3.2.6 Saúde Global _ Versão Neoliberal da Saúde Internacional

A emergência do termo *saúde global* no final do século XX, se deu em meios aos novos contornos do processo de globalização após a segunda metade do século XX, sobretudo a partir do início da década de 1970²⁰⁸, em meio a uma política econômica

²⁰⁸ O processo contemporâneo de internacionalização_ a globalização_ remonta à irrupção do capitalismo na Europa no final da Idade Média, à nova atitude científica e cultural que encarnou o Renascimento e à formação das grandes nações europeias e seus impérios. Os historiadores modernos reconhecem momentos distintos no processo de globalização, com uma primeira de 1870 até 1913, caracterizando-se pela elevada mobilidade dos capitais e da mão-de-obra, junto com um auge comercial, baseado mais numa grande redução dos custos de transporte do que no livre comércio. Esta fase da globalização se interrompeu com a Primeira Guerra Mundial, dando lugar a um período caracterizado, pela franca retração do processo de globalização na década de 1930. Após a Segunda Guerra Mundial tem início uma nova etapa de integração global. Todavia, apesar de sua continuidade, convém distinguir duas fases inteiramente diferentes neste período, cujo ponto de ruptura tem lugar no início da década de 1970, como efeito conjunto do colapso

neoliberal, na qual prioriza-se a redução do papel do Estado e o estímulo a privatização de empresas públicas (Fortes, 2015; Franco-Girardo, 2015; Cueto, 2015; Keroudean, 2016; Biehl, 2011). Fundamentada na matriz de acumulação transnacional, a globalização assume diversas faces, tendo nas desigualdades²⁰⁹ sociais e de saúde um de seus mais perversos matizes (Buss et al, 2016). Assim, deu-se a reconfiguração da saúde internacional em global com a incorporação de novos atores _ Banco Mundial, Parcerias Público Privadas, Fundação Bill & Melinda Gates, o enfraquecimento da OMS e a associação com medidas neoliberais que culminam na redução dos sistemas de saúde pública e suas soberanias estatais.

do regime de regulamentação macroeconômica definido em 1944 em Bretton Woods, do primeiro choque petroleiro, da crescente mobilidade privada de capitais, que se intensificou a partir dos dois processos anteriores, e do fim da "idade de ouro" de crescimento dos países industrializados (Marglin e Schor, 1990). Segundo Cueto (2015, p.11), a definição mais usual do conceito de globalização é aquela que compreende processos mundiais ocorridos depois de 1991, ano que marca o fim do regime comunista da ex-União Soviética, tais como: o rápido incremento dos intercâmbios comerciais, o fluxo dos capitais financeiros transnacionais, o trânsito massivo de viajantes e imigrantes e o surgimento de novas tecnologias de informação, como a internet

²⁰⁹ Em torno de 90% da carga de doenças no mundo está concentrada em países pobres, que dispõem de não mais que 10% dos recursos globais de saúde – o ‘gap 10/90’ (Morel, 2004). Em torno de 1/5 da população mundial não tem acesso a sistemas e serviços de saúde, incluindo medicamentos essenciais. A cobertura mundial de serviços básicos de saneamento é de 64%, cobrindo por volta de um terço da população mundial, ou seja, em torno de 2.500 milhões de seres humanos destituídos dos mais básicos serviços em pleno Século XXI (OMS, 2010 f). Os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, que detêm 18% da população mundial, são responsáveis por 86% da despesa de saúde no mundo, com um gasto per capita em torno de US\$ 2.900 por ano. (Oliveira, 2018, p.2293).

Gráfico 8 - Fonte de financiamento para desenvolvimento da assistência para saúde – 1990-2007

FONTE: Ravishankar et al. (2009, p 2116)

O surgimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês, AIDS)²¹⁰, no início da década de 1980, enquanto um ameaça à saúde global, assim como ao crescimento econômico e a estabilidade política de várias partes do mundo, constituiu uma força motriz subjacente à expansão do financiamento da saúde global (Packard,

²¹⁰ No início dos anos 2000, aproximadamente 50% dos recursos investidos em Saúde Global, se destinava a AIDS. Isso se deve ao fato de que, em 2001, a UNGASS-HIV/AIDS²¹⁰ (Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids) inaugurou a era das Parceria Público-Privadas (PPP), as quais passaram a associar dinheiro público e privado, oriundos da Fundação Bill e Melinda Gates, e de vários atores da indústria farmacêutica, para financiar o acesso ao tratamento do HIV em todos os países (Parker, 2016).

2016, p.5646). Desse modo, no início dos anos de 1990, ocorre a emergência de muitas organizações²¹¹ e fontes de recursos, que, inicialmente, tinham como foco a AIDS. Ao longo dos próximos anos, o montante de recursos investidos por esses agentes superou os recursos disponibilizados pela OMS e do próprio Banco Mundial, diversificando suas ações em âmbito mundial, como podemos observar no gráfico abaixo.

Gráfico 9 - Aumento da ajuda financeira ao desenvolvimento da assistência para Saúde_1990-2007

FONTE: Ravishankar et al. (2009, p 2116)

²¹¹ Para exemplificar temos: o Programa Global de AIDS (1997-1995) e seu sucessor, UNAIDS. Posteriormente foram criadas outras organizações não-governamentais e filantrópicas, como o Fundo Global para Malária, Tuberculose e AIDS, a UNITAID; e fundações (Bill e Melinda Gates, Bill Clinton, entre outros. A partir de 2003 estabelece-se o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio da AIDS (PEPFAR, sigla em inglês) (Packard, 2016, p.5646).

Na esfera institucional e política ocorreu o enfrentamento entre a racionalidade de contingenciar gasto na saúde, proposta pelo Banco Mundial, e a organização e crescimento de movimentos pautando os direitos a saúde e os direitos humanos (Parker, 2011; Parker, 2012). Inicialmente as ações tinham como objetivo a restrição²¹² do acesso a um rol restrito de medicamentos (Nguyen, 2010). Muitos avanços, tais como o desenvolvimento de tratamentos mais efetivos, não teriam ocorrido sem articulações e pressões por parte dos ativistas (Brandt, 2013, p.2151),

[...] ativista terapêuticos foram rápidos em acusar as empresas [farmacêuticas] de se recusarem a tornar as drogas acessíveis, desencadeando protestos altamente visíveis e embaraçosos [...] Até meados da década de q990, a cidadania terapêutica permanecia confinada ao Norte, pois não havia pesquisas significativas sobre tratamento do HIV sendo realizado fora dos países desenvolvidos (Nguyen, 2010, p.91-92).

A primeira referência a saúde global ocorreu em 1997, em um documento do Institute of Medicine (IOM), instância de referência científica vinculada à Academia de Ciências dos Estados Unidos, intitulado *A Saúde Global é um Interesse Vital para América, Protegendo Nosso Pessoal, Melhorando Nossa Economia e Promovendo Nossos Interesses Internacionais*” (IOM, 1997). Segundo Keroudean (2016, p.55-6), a origem norte-americana do termo foi motivada pelo pavor desse país do risco infeccioso (HIV) e o risco pandêmico (malária, tuberculose e cólera). O segundo capítulo do mesmo relatório, intitulado “a globalização da saúde: problemas comuns, necessidades comuns”, introduz o tema da seguinte forma:

Esse capítulo mostra que as nações do mundo, incluídos os Estados Unidos, agora têm demais em comum para que a saúde seja considerada um assunto meramente nacional. Em lugar disso, um novo conceito de “saúde global” é necessário para que se enfrente problemas de saúde que transcendem as fronteiras nacionais, que podem ser influenciados por circunstâncias e experiências de outros países, e que são mais bem tratados por ações e soluções de cooperação [...] Sendo os riscos também disseminados[...] é o HIV [...]a mais importante das novas infecções, tanto globalmente como nos Estados Unidos. Velhas enfermidades estão ressurgindo, como tuberculose, malária e cólera (IOM, 1997, p.11,12).

²¹² Segundo Messac e Prabhu (2013), para aquelas nações mais ricas, que podiam pagar pelas terapias antirretrovirais altamente ativas, ou as elites em nações mais pobres, a AIDS rapidamente tornou-se uma doença crônica controlável. Como consequência, a mortalidade relacionada com AIDS, no Estados Unidos, caiu de 46%, entre 1996 e 1997, para 18% entre 1997 e 1998. Enquanto que nos países da África e Caribe, a mortalidade por AIDS continuava a elevar-se.

Com relação a busca de uma definição comum da “saúde global”, um dos textos mais referenciados na literatura acadêmica é o artigo de Koplan e colaboradores publicado em 2009, na revista *Lancet*, na qual propõe que:

Saúde global é uma área de estudo, pesquisa e prática que dá prioridade a melhorar da saúde e à conquista de equidade em saúde para todos os povos do mundo. A saúde global enfatiza questões, determinantes e soluções transnacionais de saúde; envolve muitas disciplinas e soluções transnacionais de saúde; envolve muitas disciplinas, inclusive para além das ciências da saúde, promovendo a colaboração interdisciplinar; e é uma síntese entre a prevenção de base populacional e o atendimento clínico no plano individual (Koplan et al. 2009, p.1995).

Trata-se, portanto, de uma definição de “saúde global” a partir de uma concepção genealógica²¹³ do conceito, inscrevendo-o na continuidade das noções de saúde pública e de saúde internacional. Nessa perspectiva, a “saúde global” faria referência à amplitude dos problemas e não à sua localização geográfica, sendo todo ser humano e população, seu alvo. A localização geográfica dos países em desenvolvimento não mais aparecerá na definição de saúde global (Kerouedan, 2016, p.60).

Segundo Cueto (2015, p.10), a “abordagem da saúde global é por vezes identificada como uma resposta a eventos novos, como epidemias internacionais que atingem tanto países ricos como países pobres”. Trata-se da figura legal da “emergência sanitária” internacional, atualizada com o nome de “emergência de saúde global”²¹⁴ invocada por ocasião das epidemias de H1N1(2009), Poliomielite (2014), Zika (2016), Ebola (2014 e 2019), e atualmente, a partir de 30 de janeiro de 2020, com a pandemia do coronavírus (Covid 19), estes são exemplos da importância dada as soluções de caráter técnico. Nunes e Pimenta (2016, p.23-25) sinalizam para a tendência de perceber-se a saúde enquanto fenômeno global enquadrada em uma visão apolítica da governança à escala mundial, associada a solução baseada na construção de soluções técnicas para responder a crises ou problemas, como no caso de uma “emergência sanitária” internacional.

Além disso, a busca de uma uniformidade conceitual ahistórica acaba por dificultar a identificação de quem são as partes interessadas e detém o poder na saúde

²¹³ Trata-se, portanto, de uma aceção baseada na ideia de globalização como um caminho único de liberalização plena dos mercados mundiais e de integração a estes como destino, ao mesmo tempo inevitável e desejável, da humanidade (Helleiner, 2000).

²¹⁴ Informações mais aprofundadas disponíveis no site da BBC BRASIL, citado março 2020, Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-51341831>,

global (Labonté, Mohindra, Schrecker, 2011; Benatar, Gill, Bakker, 2009). A valorização das visões técnicas faz parte de um processo e uma agenda política. A aparente neutralidade e cientificidade obscurece o fato de a saúde global, ser, desde sua gênese até suas formas mais contemporâneas, um local de reprodução de lógicas de exclusão e negligência, expressando estruturas e relações políticas globais que promovem a desigualdade e vulnerabilidade de alguns grupos e regiões. Adams (2014, p.54, 55) propõe a reflexão sobre o impacto da “medicina baseada em evidência” (MBE) na saúde pública global, apontando para uma transformação epistemológica em curso nesse campo com a criação de uma métrica experimental como um meio de fornecer cuidados de saúde e uma mudança nas prioridades das práticas de cuidado na saúde pública, de tal forma que “as pessoas não vêm mais em primeiro lugar”. A MBE tem criado uma plataforma de compra e venda de verdades e realidade, dissociando o cuidado clínico das relações sociais onde estão inseridos.

Com relação a incorporação do termo saúde global ao discurso e produção acadêmica²¹⁵, isto ocorreu em meados da década de 1990, quando, segundo Cueto e Zamora (2006), instituições²¹⁶ e pessoas aproveitaram a moda da globalização para renomear o campo da saúde internacional como saúde global, promovendo uma variedade de agendas, seja por idealismo, oportunismo ou impulsionadas pela *real politik*. É importante que a academia desenvolva um espírito crítico sobre esse campo, trazendo para a sua discussão, perspectivas históricas, antropológicas, sociológicas, entre outras.

Os discursos que permeiam a “saúde global” sobre os problemas sanitários ocultam as causas estruturais das dificuldades encontradas na Saúde Pública (Biehl, Petryna, 2014, p.377). Trata-se de uma complexa mistura de parceiros ligando atores estatais e não estatais, esses últimos incluindo agências filantrópicas, organizações não-governamentais e indústrias farmacêuticas _ cujas intervenções se colocaram sob a rubrica do humanitarismo, desenvolvimento e segurança (Fassin, 2012; Birn, 2005).

²¹⁵ Brown, Cueto e Fee (2006, p.624) realizaram um levantamento nas bases de dados da literatura especializada (PubMed), buscando identificar o número de entradas sob as rubricas de saúde ‘global’ e ‘internacional’. Eles observaram que na literatura sobre saúde internacional, este termo foi sendo substituído por ‘a saúde ‘global’, o tendo ultrapassado em 2005

²¹⁶ Segundo Dias (2018), há um campo científico da saúde global (em 2008, a Fundação Oswaldo Cruz inaugurou o primeiro curso de especialização em saúde global e diplomacia em saúde, em Brasília; no Rio de Janeiro, o Centro Rio de Saúde Global tem sede na UERJ, em 2018; em 2013, houve a criação do programa de doutoramento em Saúde Global e Sustentabilidade na USP, na Faculdade de Saúde Pública, em 2013), México (Programa de Salud Global do Instituto Nacional de Salud Pública do México), Chile (Programa de Salud Global- Escola de Salud Pública Dr Salvador Allende_ Universidade de Chile, na Escola de Salud Pública tem o Programa de Salud Global), Colômbia (Universidad del Norte conta com linha de pesquisa em Saúde Global), e Peru (Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) -Facultad de Salud Pública y Administración_ oferece um curso bacharelado em Saúde Pública e Saúde Global).

Segundo Kerouedan (2016, p.67), o que é novo na governança mundial da saúde do século XXI é a onipresença do setor privado industrial e comercial (não somente a indústria farmacêutica, mas também as fundações filantrópicas).

Figure 11 - Fluxo da assistência ao desenvolvimento da saúde, 2000–13²¹⁷

FONTE: Dieleman et al, 2016, p.2540

²¹⁷ A figura mostra a quantidade de recursos destinados a assistência ao desenvolvimento em saúde (DAH, sigla em inglês), originada em cada fonte, proveniente de cada canal intermediário, a qual foi direcionada a cada área de foco em saúde e foi recebida em cada região geográfica. As fontes de fundos são mostradas à esquerda, os canais são mostrados no meio esquerdo, as áreas de foco em saúde são mostradas no meio direito e as regiões receptoras da Carga Global de Doenças são mostradas à direita. Filantropia privada inclui doações corporativas e outra filantropia privada. Outras fontes incluem pagamentos de dívidas e fundos não alocáveis por fonte. ONGs e fundações incluem ONGs e fundações americanas. As agências da ONU incluem o Fundo das Crianças da ONU, Fundo de População da ONU, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV / AIDS, Organização Pan-Americana da Saúde e OMS. Os bancos de desenvolvimento incluem a Associação Internacional de Desenvolvimento do Banco Mundial, o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento do Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Banco Africano de Desenvolvimento e o Banco Asiático de Desenvolvimento. Outras áreas de foco de saúde correspondem ao DAH para o qual temos informações no nível do projeto, mas que não são identificadas como financiando nenhuma das áreas de foco de saúde que rastreamos. A América Latina e o Caribe incluem Argentina, Chile e Uruguai, que agora são países de alta renda. O sudeste da Ásia, o leste da Ásia e a Oceania incluem a Coreia do Sul. (DAH _ assistência ao desenvolvimento em saúde; ONG = organização não governamental. Fundação Gates _ Fundação Bill e Melinda Gates. Fundo Global _ O Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária. Gavi _ Gavi, a Aliança das Vacinas).

Biehl (2011) afirma que há uma supremacia dos interesses dos “doadores” sobre os “receptores, nas operações das organizações internacionais, o que reforça a assimetria nas relações de poder já existentes. Nesse sentido, haverá um predomínio de abordagens do tipo da “bala mágica”, que são cada vez mais a norma²¹⁸ em saúde global – isto é, a entrega de tecnologias de saúde (geralmente novas drogas ou aparelhos) dirigidas a uma doença específica apesar da miríade de fatores societários, políticos e econômicos que influenciam a saúde.

Lock e Nguyen (2010) também identificam uma certa continuidade de elementos entre a saúde internacional e a saúde global, sobretudo no papel dos doadores e a preponderância dos aportes da biomedicina, que já estavam presentes nas chamadas medicina tropical e medicina colonial. Os espaços coloniais serviam de ‘ensaio’ de práticas biomédicas, as quais puderam retornar à metrópole, para o continente europeu, então estabilizadas como práticas sociais, consubstanciando algo chamado de ‘global’ em termos médicos.

Outra permanência na saúde global é a presença da Igreja, representada pelos missionários médicos religiosos, os quais, historicamente, estavam frequentemente associados com regimes coloniais repressivos e usavam as atividades de saúde para proselitismo religioso. A África²¹⁹ subsaariana é a região mais marcada pelo humanitarismo médico religioso. A maioria das ajudas religiosas contemporânea está centralizada em agências de caridade e assistência multimilionárias, localizadas na Europa e América do Norte, tais como a Visão Mundial, Comitê de Serviço Amigos Americanos, Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais, França Católica contra a Fome e pelo Desenvolvimento, *Bolsa do Samaritano*, entre outras (Birn, Pillary, Holtz, 2017, p. 172,173).

Além da grande variedade de atores, temos também vultosos montantes de recursos envolvidos, que supera em muitos os recursos de governos de muitos países e da própria OMS. Para exemplificarmos, em 2004 aproximadamente US\$ 18 bilhões foram

²¹⁸ Nesse sentido, Cueto (2013) faz um breve histórico da abordagem realizada na luta contra a malária na África subsaariana, sobretudo no que se refere aos seus pressupostos, observando que tem permanecido essencialmente igual, focada nas chamadas “magic bullets” que são fortes apostas em tecnologias da saúde sem a devida integração com o contexto em que serão utilizadas. Isso ocorreu com os programas da OMS, na década de 1970 e segue assim nas atuais intervenções. Sendo assim, persiste a verticalidade dessas intervenções, que se pautam por um discurso que não preconiza a construção horizontal de políticas, inclusive no que tange as evidências usadas.

²¹⁹ Na Nigéria, a Associação Médica Cristã representa um conjunto de instituições médicas religiosas que atendem cerca de 40% da população. A Christian Health Association da Nigéria, por exemplo, representa instituições médicas religiosas que servem cerca de 40% da população, vocacionada para bairros da lata urbanos e áreas rurais pobres (Banco Mundial, 2011, p.8).

gastos na arena da saúde global, e em uma década esse valor dobrou para US\$36 bilhões (IHME, 2016). Os países ricos priorizaram o financiamento daquilo que eles percebem como uma ameaça para eles, desconsiderando totalmente as prioridades e as populações de países pobres (Kerouedan, 2016, p.64). Além disso, há muitas ONGs humanitárias atuando, sobretudo em países pobres, sem a transparência e fiscalização necessária, possibilitando ações irresponsáveis, expressa na notícia de início de março de 2020, que relatava o fato de 13 funcionários da ONG_ A Humanitária Canadense_ terem sido detido na Etiópia acusados de distribuir medicamentos vencidos²²⁰.

Figura 12 – Assistência ao desenvolvimento da saúde por fonte _ 1990-2015

FONTE- Birn, Pillary, Holtz (2017, p.182)

Em suma, a polissemia da expressão “saúde global” encobre interesses e práticas bastante diversas e complexas. O que ocorre no campo da saúde faz parte de fenômenos globais que estão em curso, entre eles a despolitização e a marginalização dos poderes públicos, inclusive Estados, por ação do setor privado (Livinec e Kerouedan, 2015). Há uma permanência de ações verticalizada, sem reconhecer os contextos regionais e locais, as diferenças políticas, econômicas e culturais entre os países, e mesmo internamente aos

²²⁰Para maiores informações : <https://pt.teles-relay.com/2020/03/01/canada-13-canadian-citizens-detained-in-ethiopia/>

países, o que demandaria respostas diferenciadas a eventos globais (Fontes, Ribeiro, 2014, p.370).

Segundo Kickbusch (2009), o desafio da saúde global é reconciliar os enfoques globais da saúde com aqueles que são de interesse dos países em desenvolvimento. Diríamos que outro grande desafio da saúde global é incluir em sua pauta todos 70,8 milhões de *deslocados forçados* no mundo (ACNUR, 2019), ultrapassando a lógica de entendê-los como uma ameaça²²¹, ou seja, sob uma lógica securitária. Tal percepção já era evidenciada, em 1997, quando a IOM (1997) apontava a movimentação de pessoas uma das “rotas de transferência ou aquisição internacional de riscos à saúde” (IOM, 1997 p.11). Atualmente, o que vemos é a construção midiática de uma dita “crise dos refugiados” na Europa, com um discurso de busca localizar nesses indivíduos a causa perdas de direitos sociais, o que, evidentemente, é uma falácia.

Com relação ao deslocamento de pessoas pelo mundo, é pertinente apontarmos os dados da Organização Mundial de Turismo, referentes ao ano de 2018, apontando para 1 bilhão e 400 milhões de viagens internacionais em 2018, para turismo e negócios. Essas cifras impressionantes, estão longe de serem identificadas como uma ameaça à saúde global. A problematização das doenças em relação aos movimentos populacionais e ao espaço geográficos não deve ser separada de dinâmicas que são, na sua gênese, de âmbito político e social. Embora se reconheça que em um mundo globalizado, a livre circulação financeira e de negócios seja uma marca, nem toda “circulação” é bem-vista, tal qual a circulação de migrantes forçados.

O cenário pós-Guerra Fria trouxe grandes transformações no cenário internacional, de ordem econômica, política, e militar, tais como: a configuração do neoliberalismo; países desenvolvidos do centro do capitalismo, dentre os quais Estados Unidos, Europa e Japão, passam a governando as decisões internacionais; e os Estados Unidos se consolidando como potência hegemônica mundial, também na esfera militar (Cervo, Bueno; 2002, p. 455). Como efeito colateral, nos anos de 1990 houve uma intensificação dos conflitos étnico-raciais e religiosos e um aumento da população refugiada mundial. Ao mesmo tempo, a situação de pobreza de muitos países, acentuada

²²¹ Shah (2001) estudou a construção do racismo em relação aos chineses na cidade norte americana de São Francisco, desde a Corrida do Ouro até a metade do século XX. Este autor identificou a ansiedade relacionada a presença de imigrantes, os quais são ou parecem ser “diferentes”, sendo vistos ora como portadores de doenças, ora como fardos para os sistemas de saúde.

pelos efeitos da economia global, influenciou os maciços deslocamentos humanos que se verificaram ao longo da década (Moreira, 2006a, p.17). No final do século XX e início do XXI, uma série de conflitos e perseguições serão responsáveis pelo deslocamento forçado de milhões de pessoas, tais como a Guerra do Vietnam (1959-1975), a Guerra da Bósnia (1992-1995), a invasão dos Afeganistão pelos Estados Unidos, em curso desde 2002, e a invasão do Iraque pelos Estados Unidos, em 2003. Coloca-se o desafio de refletirmos sobre os diferentes contornos que APS assumirá no plano da saúde global, e sob que perspectiva será utilizada no cuidado da saúde dessas pessoas a partir de 1990.

CAPÍTULO 4

SAÚDE DOS REFUGIADOS SOB A LENTE DOS DISPOSITIVOS TECNOLÓGICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

4.1 Algumas reflexões sobre a década de 1970

Ao estudarmos sob uma perspectiva histórica a saúde internacional e as migrações forçadas, buscando identificar a interface entre a APS e os refugiados, reconhecemos na década de 1970 marcas de inflexões importantes nesses dois campos. A singularidade dessa década é reconhecida por Hobsbawn (2007, p.393), para quem “a história dos vinte anos após 1973 é a de um mundo que perdeu suas referências e resvalou para a instabilidade e a crise”. Sobre essa inflexão, segundo Hobsbawn (2007):

Embora o colapso do socialismo soviético e suas enormes conseqüências, por enquanto impossíveis de calcular por inteiro, mas basicamente negativas, fossem o incidente mais dramático das Décadas de Crise que se seguiram à Era de Ouro, essas iriam ser décadas de crise universal ou global. A crise afetou as várias partes do mundo de maneiras e em graus diferentes, mas afetou a todas elas, fossem quais fossem suas configurações políticas, sociais e econômicas, porque pela primeira vez na história a Era de Ouro criara uma economia mundial única, cada vez mais integrada e universal, operando em grande medida por sobre as fronteiras de Estado (“transnacionalmente”) e, portanto, também, cada vez mais, por sobre as barreiras da ideologia de Estado. Em decorrência, as idéias consagradas das instituições de todos os regimes e sistemas ficaram solapadas. No início havia a esperança de que os problemas da década de 1970 fossem uma pausa temporária no Grande Salto Avante da economia mundial, e países de todos os tipos e modelos econômicos e políticos buscaram soluções temporárias. Porém foi ficando cada vez mais claro que se tratava de uma era de problemas de longo prazo, para os quais os países capitalistas buscaram soluções radicais, muitas vezes ouvindo teólogos seculares do livre mercado irrestrito, que rejeitavam as políticas que tão bem haviam servido à economia mundial durante a Era de Ouro e que agora pareciam estar falhando. Os fanáticos do *laissez-faire* tiveram tanto êxito quanto os demais. Na década de 1980 e início da de 1990, o mundo capitalista viu-se novamente às voltas com problemas da época dos entreguerras que a Era de Ouro parecia ter eliminado: desemprego em massa, depressões cíclicas severas, contraposição cada vez mais espetacular de mendigos sem teto a luxo abundante, em meio a rendas limitadas de Estado e despesas ilimitadas de Estado. Os países socialistas, agora com suas economias desabando, vulneráveis, foram impelidos a realizar rupturas igualmente — ou até mais —

radicais com seu passado e, como sabemos, rumaram para o colapso. Esse colapso pode assinalar o fim do Breve Século XX, como a Primeira Guerra Mundial pode assinalar o seu início. [...] O colapso de uma parte do mundo revelou o mal-estar do resto. À medida que a década de 1980 passava para a de 1990, foi ficando evidente que a crise mundial não era geral apenas no sentido econômico, mas também no político[...] Além disso, esse colapso revelou a precariedade dos sistemas políticos internos apoiados essencialmente em tal estabilidade. As tensões das economias em dificuldades minaram os sistemas políticos das democracias liberais, parlamentares ou presidenciais, que desde a Segunda Guerra Mundial vinham funcionando tão bem nos países capitalistas, assim como minaram todos os sistemas políticos vigentes no Terceiro Mundo. As próprias unidades básicas da política, os “Estados-nação” territoriais, soberanos e independentes, inclusive os mais antigos e estáveis, viram-se esfacelados pelas forças de uma economia supranacional ou transnacional e pelas forças infranacionais de regiões e grupos étnicos secessionistas, alguns dos quais — tal é a ironia da história — exigiram para si o status anacrônico e irreal de “Estados-nação” em miniatura. O futuro da política era obscuro, mas sua crise, no final do Breve Século, patente (Hobsbawn. 2007, p.298).

Para auxiliar-nos nessa direção recorreremos também a Michel Foucault²²², autor que produziu grande parte de sua obra durante essa década, sendo, portanto, contemporâneo às crises e transformações em curso nessa época. No excerto abaixo, Foucault relata a conjuntura subjacente a crise²²³ do liberalismo, seguida pela consolidação de uma racionalidade neoliberal, uma nova forma de governamentalidade.

De modo muito simplificado, pode dizer-se que foi nos 1970-1975, ou na década que está agora a terminar [1979], que se levantou na França o problema da liquidação final desses objetivos [implementação do pleno emprego e a distribuição dos bens sociais] e das formas de prioridade econômica-política. É nessa década que se levanta o problema da passagem global a uma economia neoliberal, [...]. As razões, os pretextos econômicos, as incitações econômicas imediatas foram, sem dúvida, a crise tal como se apresentava, ou seja, a pré-crise de antes de 1973, caracterizada por um crescimento constante do desemprego desde 1969, por uma inflexão do saldo credor da balança de pagamento e por uma inflação crescente; [...] Sobre este fundo de pré-crise, eclode, em 1973, aquilo a que se chamou a crise petrolífera, [...] Portanto, neste contexto (perdoem-me o caráter absolutamente esquemático de tudo isso),

²²² Foucault identificou e descreveu as tecnologias de poder postas em funcionamento a partir da emergência do Estado Nacional europeu a partir do século XVIII. As técnicas de poder fazem parte do que o filósofo denominou de maneira geral, de “governamentalidade”, conceito que tem várias acepções. Sua primeira formulação se deu em 1978, em *Segurança, Território, População*, apontando para o século XVIII como o início de uma nova era de poder, que vem substituir a era da soberania. Essa era traz a governamentalidade como tecnologia do poder, como um conjugado de instituições, procedimentos, análises, reflexões, cálculos e estratégias focalizadas na população, tendo a economia política como principal forma de saber e os dispositivos de segurança como instrumentos técnicos essenciais (Foucault, 2016, p.135, 136). Contudo, em 1979, em *Nascimento da Biopolítica*, ocorreu a ampliação desse conceito, passando de um sentido preciso, historicamente delimitado a um significado mais geral e abstrato, ou seja, a “maneira como se conduz a conduta dos homens” (Foucault, 2018 p.240).

²²³ Segundo Anderson (1995, p.9), enquanto as bases do Estado de bem-estar na Europa do pós-guerra procuravam se consolidar, uma espécie de “franco-maçonaria neoliberal” composta não apenas por adversários ferrenhos do Estado de bem-estar social europeu, mas também opositores do New Deal estadunidense e do socialismo, continuavam a reunir-se a cada dois anos, preparando as bases de outro capitalismo livre das regras impostas pelos Estados. Em função do período áureo do capitalismo, marcado pelo rápido crescimento econômico durante as décadas de 1950 e 1960, tais discussões permaneceram no campo teórico nesse período. Contudo, com a crise do modelo econômico do pós-guerra de 1973, tais ideias neoliberais que tinham suas raízes no pós-Segunda Guerra Mundial, na região da América do Norte e da Europa Ocidental ressurgiram. A ascensão dos governos conservadores de Thatcher, na Inglaterra, em 1979, e de Regan, nos Estados Unidos, em 1980, operacionalizaram a institucionalização dessa racionalidade neoliberal. Desse modo, tanto as intervenções keynesianas quanto a política econômica intervencionista desenvolvida entre os anos 30 e 60 são apontadas como causadoras da crise do liberalismo.

vemos como o liberalismo econômico pode aparecer, e pôde efetivamente aparecer, como a única solução possível para essa pré-crise [...] (Foucault, 2018, p. 249, 250).

Sendo assim, os anos 70, no âmbito da saúde internacional, será marcada pela gestação de um modelo abrangente²²⁴ de APS, recomendado pela OMS, em 1978. O debate em torno da implementação desse modelo foi breve, sendo, no início da década de 1980, contraposta por uma proposta alternativa formulada pelo Banco Mundial e a UNICEF. Tratava-se de uma versão simplificada com intervenções de baixo custo, a APS seletiva. Os argumentos contrários a proposição da OMS apontavam para a falta de dinheiro, vontade política e infraestrutura (Cueto, 2004).

Desse modo, tanto a formulação da APS seletiva, quanto a revisão²²⁵ das políticas keynesianas na área da saúde vigentes em países desenvolvidos europeus, e o impacto negativo sobre os países em desenvolvimento, os quais nem chegaram a usufruir de políticas de bem-estar social, refletiram a lógica da implementação de uma governamentalidade neoliberal, veementemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar social. Essa nova racionalidade demandava a configuração de outros dispositivos²²⁶, outras tecnologias de governo dos corpos, uma biopolítica²²⁷ neoliberal.

Ainda como consequência da lógica da governamentalidade neoliberal, no âmbito das migrações forçadas, o início da década de 1970 caracterizou-se pela consolidação do continente africano e asiático como os novos cenários²²⁸ de conflitos geradores de refugiados (Loescher, 2001, p.134). Embora, em termos quantitativos²²⁹, tenha sido

²²⁴ Alma-Ata representou o primeiro destaque dado à Atenção Primária em termos internacionais, recuperando experiências e reflexões teóricas, além da influência de preceitos originais da Nova Ordem Econômica Internacional (NOEI) (Pires-Alves, Cueto, 2017).

²²⁵ Ao longo dos próximos anos a implementação de diferentes concepções de APS será condicionada pelo modelo de proteção social e à saúde em cada país. No caso dos países em desenvolvimento, teremos a implementação de políticas de ajuste fiscal e reformas macroeconômicas estruturais neoliberais centradas na desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira e na redução do Estado com privatização importante dos serviços sociais e de infraestrutura, incentivadas por organismos financeiros internacionais. Sendo assim, a concepção de proteção preconizada estará focalizada em grupos populacionais vulneráveis e oferta de uma cesta restrita de serviços de saúde. Por outro lado, mesmo os países europeus que haviam implementado sistemas nacionais de saúde de acesso universal, começam a rever esta estrutura, no sentido de reduzir direitos sociais (Giovanella, 2008, p.S22).

²²⁶ Para Foucault, um dispositivo é um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas (Foucault, 2000).

²²⁷ A biopolítica está inserida no bojo do biopoder, o qual pode assumir duas formas: uma forma de anátomo-política do corpo, ou uma biopolítica da população, essa fortemente conectada à governamentalidade, como uma tecnologia de governo dos corpos. Portanto, a governamentalidade e biopolítica tem o mesmo núcleo central de atuação, a população (Foucault, 2005, 2016, 2018).

²²⁸ Ao longo dos anos 1960 e meados dos 1970, ocorreram movimentos de independência das colônias africanas e asiáticas, dentre as quais, Argélia, Ruanda e Bangladesh, que geraram novos fluxos de refugiados. Em seguida, a partir de meados dos anos 1970 e durante os 1980, eclodiram conflitos armados em vários países da Ásia, África, e América Central, que contaram com o apoio das superpotências, no contexto da Guerra Fria (ACNUR, 2002).

²²⁹ A Segunda Guerra Mundial resultou em torno de 40 milhões de europeus deslocados de seus países, enquanto no início da década de 1970 haviam em torno de 4 milhões de refugiados no mundo (Silva, 2017). De modo diverso do caso dos refugiados africanos na década de 1970, o acolhimento dos refugiados no contexto da Segunda Guerra Mundial atendia a determinados interesses dos países ocidentais. Tratava-se de interesses tanto de caráter econômico, quanto de cunho político-ideológico e geo-estratégico, além de uma certa identidade cultural, entre refugiados europeus e as sociedades acolhedoras, o que colocava a opinião pública favorável à recepção

bastante inferior ao contingente gerado pela Segunda Guerra Mundial, inaugurava-se a construção da ideia do refugiado como um “problema”²³⁰, consolidada a partir da década de 1990. Podemos identificar um indício dessa construção midiática, no excerto de uma matéria do jornal norte-americano, *The New York Time*, no início de 1970, sobre os refugiados africanos.

PROBLEMA DOS REFUGIADOS CRESCE NA ÁFRICA

Agência ONU cuida de um milhão de desabrigados

Johannesburg, África do Sul, 25 abr. _Mais de um milhão de pessoas foram arrancadas de uma dúzia de países africanos, criando um problema de refúgio que não parece ter solução imediata.[...] O príncipe Saruddin Aga Kahn, Alto Comissário das Nações Unidas para refugiados, correu para Lagos para estudar o problema.[...] Embora o escritório do alto comissário tenha sido criado principalmente para ajudar refugiados do Leste Europeu, quando a desintegração de antigos impérios coloniais começou, ele mudou sua ênfase para os africanos forçados a deixar suas casas por guerras tribais ou pela luta entre negros locais e os demais governantes coloniais [..] (*The New York Time*, 26 de abril de 1970).

Na década de 1960²³¹ a estratégia do ACNUR junto aos refugiados africanos, que representavam a maioria²³², consistia em disponibilização de assistência material emergencial, seguida pela organização de assentamentos rurais²³³, como um primeiro momento de um programa que duraria dois anos, cujo objetivo final seria o alcance de uma autonomia econômica e autossuficiência, com a integração local na sociedade do país anfitrião. A cobertura desses programas carece de informações oficiais precisas (Pitterman, 1984). Em discurso proferido pelo Alto Comissário, Aga Khan, em 1967, tal ação é reconhecida como exitosa.

[...] Embora o problema ainda seja grande, encorajo-me pelo fato de que, como resultado de uma excelente cooperação entre os governos envolvidos, meu Escritório e outros membros da família das Nações Unidas, uma parte considerável dos problemas dos refugiados na África foi resolvido através do

dos refugiados. Tudo isso, fazia com que grande parte dos países ocidentais se comprometessem com o regime internacional de refugiados colocado pela ONU durante o pós-guerra (Rocha, Moreira, 2010, p.19-20).

²³⁰ A linguagem da crise, emergência ou problema tem sido constantemente dirigida para refugiados e migrantes, numa tentativa de representá-los como ameaças existenciais ao Estado-nação (Bigo, 2007). A década de 1990 se inicia com a percepção generalizada de que o “problema” dos refugiados não mais poderia ser tratado como uma condição transitória e passível de resolução definitiva (ACNUR 1990).

²³¹ Os países do bloco ocidental, interessados em influenciar os novos Estados que se formavam, reconheciam na disponibilização de assistência aos refugiados africanos uma estratégia central em suas políticas externas, os motivando a apoiar financeiramente as ações do ACNUR. Além disso, a alteração da hegemonia ocidental nas Nações Unidas, a partir da incorporação de países africanos recentemente independentes, com poder de voto, possibilitou que pressionassem o fornecimento de assistência internacional a esses refugiados (Loescher, 2001, loc 1782 of 6283).

²³² Chambers (1979) aponta para grande dificuldade em estimar o número real de refugiados africanos, indicando que o número estimado de refugiados reconhecidos oficialmente na África aumentou de 400.000 em 1964 e 700.000 em 1967 (Hamrell 1967, p.14-15, apud Chambers, 1979, p.389) para 1,2 milhão em 1976 e 2,1 milhões no início de 1979 (ACNUR, 1979a). Segundo o Comitê dos EUA para Refugiados (em inglês, USCR), em 1967, os refugiados sobre os cuidados do ACNUR em agosto de 1961 totalizavam 1.350.000. Cinco anos depois, em agosto de 1965, o ACNUR era responsável por 3 milhos de refugiados.

²³³ Com relação ao sucesso dessa estratégia, o próprio Félix Schnyder, Alto Comissário, sinalizou, em 1962, a necessidade de fornecimento de ajuda internacional visando promover o desenvolvimento e modernização dos países anfitriões. Infelizmente, essa proposta não teve eco nas Nações Unidas e junto aos países doadores (ACNUR, 1962, apud Loescher, 2001, Loc 1812 of 6283).

assentamento dos grupos nas áreas rurais. [...]. (Discurso de Aga Khan, Alto Comissário para Refugiados das Nações Unidas, na 43ª sessão do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC), Genebra, 1 Agosto de 1967).

Por outro lado, segundo Chambers (1979), a maioria dos refugiados africanos, em torno de 70%, assentaram-se nos países anfitriões por conta própria, sem qualquer assistência internacional ou por parte dos Governos locais. Além disso, os próprios refugiados se recusavam a aderir aos assentamentos rurais organizados pelo ACNUR, buscando preservar sua autonomia e não se submeter ao seu controle, identificando tal estratégia como a continuidade da dominação colonial, da qual buscavam se libertar (Hansen, 1979; Freund, Kalumba, 1986²³⁴). Segundo Harrell-Bond²³⁵(1986), mesmo no contexto desses assentamentos institucionalizados, refugiados africanos tentaram organizar um suporte humanitário mediado por seus pares. Contudo, essa tentativa foi sufocada pelas equipes estrangeiras, buscando reforçar a imagem do refugiado desamparado e incapaz, dependentes da assistência de “pessoas de fora”, vindas da Europa, necessárias para ajudá-los, nos remetendo ao eurocentrismo da medicina colonial. Para exemplificar, Harrell-Bond (1986) descreve o caso de médicos refugiados ugandenses excluídos dos programas de assistência no Sudão.

As práticas de emprego refletem imaginário do desamparo. No sul do Sudão, o programa médico foi, até dezembro de 1984, administrado por uma enfermeira europeia. O médico refugiado, que anteriormente havia organizado sozinho um programa médico para civis presos em Uganda, recebeu apenas uma responsabilidade limitada. Dois de seus colegas de Uganda que se inscreveram para trabalhar no programa foram informados de que seus serviços não eram necessários. Ambos estavam empregados na África, um deles junto à Organização Mundial da Saúde (Harrell-Bond, 1986, p. 12).

Com relação a política institucional do ACNUR, segundo Pitterman (1984), já no início da década de 1970, ocorre uma mudança, com o desinvestimento em ações de

²³⁴ No que se refere a interação dos refugiados autoassentados com o sistema de saúde dos diversos países, encontramos apenas dois trabalhos que permitiram a identificação de pistas de como se dava essa interação, ambos sobre os refugiados angolanos em Zâmbia. Um deles foi produzido pelo antropólogo, Art Hansen (1979), entre 1966-1977, tendo identificado a tendência de os refugiados buscarem a sua integração local, de modo independente, se reconhecendo como mais bem sucedidos do que os que estavam alojados em acampamentos governamentais, e conseguindo alcançar a autossuficiência econômica em aproximadamente 5 anos. Não recebiam nenhuma ajuda governamental, e utilizavam os serviços médicos educacionais públicos, sem descreverem dificuldades. Freund e Kalumba (1986, p.310), que estudaram o processo de integração dos refugiados angolanos em Zâmbia, em 1981. Os autores apontaram para a necessidade de construção de uma política nacional dirigida para os refugiados, como um formar de garantir sua integração a sociedade anfitriã. Embora esses refugiados evidenciassem satisfação com o autoassentamento, apontavam dificuldade no acesso a saúde e educação.

²³⁵ A antropóloga britânico-americana, Barbara Harrell-Bond, teve protagonismo no estudo sobre refugiados, tendo fundado o Centro de Estudos para Refugiados da Universidade de Oxford. Em seu livro, *Ajuda Imposta_ Assistência de Emergência a Refugiados*, de 1986, descreveu o programa de assistência aos refugiados de Uganda que chegaram ao Sudão do Sul, entre 1979 e 1982.

integração local, seguido da priorização na implementação de ações assistências emergenciais e pulverizadas.

[...]Até 1972, cerca de 75% dos esforços de assistência material do ACNUR eram financiados pelo Programa Geral, e a integração local era o principal objetivo político. Na última década, as prioridades de gastos foram cada vez mais orientadas para o socorro emergencial, com a maioria da ajuda agora direcionada para programas de assistência suplementar e multiuso. Isso não é incompatível com o mandato do ACNUR: de fato, muitos membros da comunidade de políticas de refugiados advogam que o ACNUR se concentre nessas atividades. Contudo, a ajuda humanitária prioritária indica que as soluções duráveis são cada vez mais difíceis de alcançar (Pitterman, 1984, p.5).

Tal inflexão se acentuará no decorrer de uma década marcada pela implementação de uma racionalidade neoliberal, tanto a nível estatal quanto internacional; uma forte recessão econômica mundial; e no plano geopolítico, o deslocamento das disputas da Guerra Fria para o continente africano e asiático, com intensa militarização da região. Esse conjunto de contingências, somado a particularidades relacionadas ao fato de se tratarem de refugiados não-europeus, e a total incapacidade do ACNUR de intervir na origem dos conflitos, e ser absolutamente dependente dos interesses dos países doadores, resultou no incremento no número de refugiados e impossibilidade de operacionalizar nenhuma das três respostas tradicionais (reassentamento, repatriação voluntária e integração local) aventadas pela estrutura de regulação internacional para a condição de refugiado, buscando aproximá-lo do domínio estatal.

Por outro lado, o refugiado enquanto aquele que cortou de forma profunda e definitiva os vínculos com sua comunidade nacional, desvinculado de um Estado Nacional e sujeito a decisões na esfera da soberania²³⁶ nacional, desafiam a triangulação *segurança-território-população*, quando a partir de sua condição de “internacional”, questiona o direito humano à mobilidade, direito de deslocar-se, reivindicando que este esteja acima dos interesses da soberania nacional. Inspirando-nos novamente em

²³⁶ De fato, o Protocolo sobre o Estatuto dos Refugiados, em 1967, resolveu os problemas gerados pela restrição temporal e geográfica da Convenção de 1952. Contudo, ao mesmo tempo que afirmava o impedimento de que o Estado-parte devolvesse o refugiado para o país onde estava ameaçado, havia a inexistência do dever do Estado-parte de recebê-lo, justificado pela perspectiva da soberania estatal. Tal fato, reforçava o peso dos interesses políticos nas decisões relativas à concessão de refúgio. Desse modo, os refugiados encontram-se atrelados à dimensão do Estado-nação como organização política, em termo de reconhecimento do status de refugiados, do seu acolhimento e da decorrente efetivação de direitos a esse grupo em âmbito nacional (Hollifield, 2000).

Foucault, questionamos a possibilidade de reconhecê-lo como sintoma de uma crise de uma governamentalidade das migrações ou da mobilidade²³⁷, uma contraconduta²³⁸.

A solução para tal impasse à nível da governamentalidade das migrações forçadas foi a reedição dos campos de refugiados enquanto dispositivos de contenção de deslocamentos populacionais em massa do final do século XIX²³⁹, indo de encontro aos interesses dos principais atores internacionais, tais como os países anfitriões, ONGs internacionais, países doadores de recursos para o ACNUR, e o próprio ACNUR.

A instalação de dispositivos de contenção de deslocamentos populacionais em massa remonta ao final do século XIX, contudo, a partir da década de 1970, eles são reeditados e se tornam uma permanência até os dias de hoje (Grbac, 2013). Desse modo, ocorre segundo Janmyr (2014, p.43) a naturalização desses espaços enquanto “[...] arranjos anômalos, situados no território de um Estado de Acolhida, mas na prática geralmente administrado por um vasto conjunto de atores que não autoridades estatais”. A seguir, o excerto de uma matéria publicada no New York Time, em 1981, expressa a polarização de forças em torno da questão dos refugiados, e um indicativo das condições de saúde nos campos de refugiados.

LEGIÕES DE REFUGIADOS DA ÁFRICA PEDE AJUDA AO MUNDO

O exército sombrio de refugiados da África, milhões de homens, mulheres e crianças atravessadas pelas fronteiras por guerras entre tribos, regiões e países, buscarão ajuda em uma conferência que se inicia em 9 de abril [1981].

Delegados de 40 países africanos tentarão levantar quase US \$ 1,2 bilhão em ajuda de emergência dos Estados Unidos e de outros governos ocidentais.

A União Soviética e seus aliados também comparecerão, mas em grande parte como espectadores. Os russos insistem que a agitação e a miséria africanas são legados do colonialismo ocidental e não sua preocupação. Isso ignora convenientemente os quase dois milhões de desabrigados que fugiram da Etiópia, onde armas soviéticas ajudaram o regime de Adis Abeba a combater movimentos secessionistas na Eritreia e na região de Ogaden.

As organizações internacionais de ajuda humanitária mudaram recentemente sua atenção dos refugiados do Sudeste Asiático para os sem-teto da África. Os africanos reclamaram que seus refugiados eram mais numerosos que os do sudeste da Ásia, mas haviam recebido muito menos ajuda. Eles estimaram que as agências das Nações Unidas e organizações voluntárias

²³⁷ Sobre esse tema, tomamos como referência a produção de Carolina Moulin (2012) e Denise Jardim (2016), pois discutem sobre a construção de uma governamentalidade global da mobilidade ou governamentalidade das migrações, a partir do reconhecimento de uma política cada vez mais global de gerenciamento da mobilidade, estruturada pela autoridade jurisdicional do direito internacional, enquanto linguagem da soberania e do Estado moderno.

²³⁸ Foucault (2018, p.100) entende a contraconduta enquanto a capacidade de criar outros movimentos, alternativas que imprimem outro rumo para uma situação, e “constitui, em cada época, o sintoma de uma crise de governamentalidade”, podendo ser mobilizados pela sociedade civil, pela nação ou população.

²³⁹ Quando se analisa a formação histórica dos campos de refugiados ou de pessoas deslocadas internamente pelo mundo, percebe-se que este dispositivo de contenção de deslocamento populacional em massa não é recente. Um dos registros de contenção territorial de pessoas deslocadas à força, remonta ao final do século XIX, onde foram construídos assentamentos coloniais para pessoas deslocadas dentro de seus países, posteriormente tornando-se cidades (Grbac, 2013).

gastaram US \$ 50 por cabeça em refugiados asiáticos no ano passado, em comparação com US \$ 22 para cada africano.

[...] as autoridades prevêm que apenas cerca de US \$ 750 milhões serão arrecadados. O governo Reagan, ansioso por aliviar as tensões em suas relações com os países africanos, pretende investir US \$ 250 milhões. O número de refugiados aumentou bastante nos últimos anos, de um milhão em 1975 para cinco milhões hoje [1981]. [...]

Num campo perto de Gedaref [no Sudão], um em cada dez refugiados sofre de tuberculose. Malária e anemia são comuns. O sarampo é um assassino. Nunca parece haver drogas, água potável, dispensários, médicos ou enfermeiros suficientes, sejam fornecidos por agências das Nações Unidas ou por grupos voluntários, como o Catholic Relief Services ou a Federação Luterana Mundial.

[...] Alguns doadores de ajuda conservadores se preocupam com a supervisão do Alto Comissariado dos campos de refugiados políticos. Em Angola, os guerrilheiros da Namíbia colocaram 10.000 crianças em um centro, separadas dos pais, para serem doutrinadas como "combatentes da libertação". [...] Mesmo que a conferência de Genebra esteja muito aquém do seu objetivo de US \$ 1,2 bilhão, as autoridades das Nações Unidas dizem que o considerarão um sucesso se a reunião levar a situação dos sem-teto da África à atenção do mundo (The New York Times, 7 de abril de 1981, seção A, página 2)

A partir de então, o ACNUR²⁴⁰ passa a assumir a tarefa de coordenar as inúmeras ações emergenciais humanitárias²⁴¹ junto aos refugiados alojados nesses acampamentos, sendo a operacionalização de tais ações realizadas por um número crescente de ONGs internacionais. Ponderações críticas apontando para o caráter paliativo de tais intervenções já era evidenciado na primeira atuação dessa instituição, a pedido das Nações Unidas, na Guerra de 1971²⁴², entre o Paquistão Ocidental e o Paquistão Oriental, como podemos observar no artigo publicado no New York Time, em 1971.

Band-Aids para o Subcontinente

As Nações Unidas estão à deriva em direção a um fracasso desastroso no subcontinente indiano, porque estão tentando tratar uma ferida potencialmente mortal com Band-Aids. Enquanto Índia e Paquistão se aproximam de uma guerra total, a organização mundial tem discutido medidas de socorro para cerca de nove milhões de refugiados que fugiram para a Índia de Bengala Oriental e para mais de 66 milhões de bengalis que deixaram para trás naquela

²⁴⁰ O príncipe iraniano Sadruddin Aga Khan, Alto Comissário no período entre 1965 e 1977, tinha forte intenção de transformar o ACNUR na organização humanitária internacional mais importante do mundo. Por esse motivo, durante sua gestão, priorizou a assistência emergencial como instrumento de crescimento institucional (Loescher, 2001, p.151).

²⁴¹ Entre 1967 e 1970, com o conflito de Biafra, na Nigéria, surge o conceito contemporâneo de Emergências Humanitárias Complexas (EHC), sendo assistência à refugiados em acampamentos incorporada como uma categoria de EHC causada pelo homem (Birn et al., 2017; Burkholder, Tooler, 1995). Houve, então, o aprimoramento da assistência médica emergencial que era, até então, prestada pelas equipes da Cruz Vermelha Internacional, junto aos refugiados, com uma intensa produção de protocolos e manuais sobre o assunto, buscando a padronização da assistência médica emergencial. Por outro lado, Birn et al. (2017, p. 355) chamam atenção para o fato de que a abordagem eminentemente técnica, focada nas circunstâncias visíveis, omite as principais dimensões relacionadas à história do colonialismo e imperialismo em curso, ao poder político e econômico assimétrico e às relações sociais que determinam quem é afetado e de que maneira.

²⁴² Nessa ocasião o ACNUR interagiu com várias agências dentro do sistema das Nações Unidas, notadamente UNICEF, OMS e o Programa Mundial de Alimentos (PMA), bem como com ONGs, como a Cruz Vermelha Internacional, agência privadas voluntárias e o governo indiano (Loescher, 2001).

província paquistanesa rebelde. Não há dúvida sobre as necessidades humanitárias de Bengala Oriental, tanto os que fugiram quanto os que ficaram para trás apesar da brutal repressão militar, constituem uma forte reivindicação sobre a consciência da humanidade[...], Mas está claro a partir do testemunho de funcionários da ONU que a assistência humanitária não pode sozinha resolver a aguda crise humanitária criada pela revolta no Paquistão Oriental. [...] Para lidar efetivamente com as necessidades humanitárias dos bengalis, será necessário atacar a raiz do problema _ a crise política no Paquistão. [...] (The New York Time, 22 de novembro de 1971).

Contudo, na medida em que esses espaços se cronificam, tornando-se espaços de longa permanência, inicia-se uma discussão sobre a necessidade de estratégias de assistência a longo prazo. Tal insuficiência é apontado pelo Editorial do Lancet, em 1985.

Obviamente, existe uma fase de emergência para qualquer deslocamento que possa durar semanas, porém fracassaremos em nossas tentativas se continuarmos abordando as questões de saúde dos refugiados como se houvesse apenas problemas de emergência (Editorial, The Lancet, 1985, p.673).

Sendo assim, será partir do início de 1980, que a APS e seus vários dispositivos começarão a entrar na pauta da assistência aos refugiados. Isso posto, o nosso desafio a seguir, será identificar e problematizar algumas dessas interseções, em diversos cenários e momentos do processo migratório dos refugiados.

4.2 Dispositivos tecnológicos da Atenção Primária à Saúde e os refugiados

Ao iniciarmos nossas leituras buscando interfaces entre a APS e a saúde dos refugiados na década de 1980, observamos que enquanto o número de refugiados alcançava a cifra de aproximadamente cinco milhões apenas na África e 10 milhões no mundo (ACNUR, 1981), e a instalação de campos de refugiados se intensificava, o tema da saúde dos refugiados era abordado de modo diferente pelos campos das ciências sociais e da saúde²⁴³.

No âmbito das ciências sociais, a antropóloga, Barbara Harrell-Bond²⁴⁴ (1986) assumiu protagonismo, posicionando-se de modo bastante crítico diante da priorização

²⁴³ Simmonds e Gabaudan (1982 apud Dick, Simmonds, 1983) realizaram um levantamento bibliográfico sobre assistência à saúde de refugiados, encontrando quer entre 1970 e 1975 haviam sido publicados 43 artigos sobre o tema. Entre 1976 e 1981 houve um aumento dessa produção, com 137 artigos publicados.

²⁴⁴ Barbara Harrell-Bond foi pioneira no estudo sobre refugiados, tendo fundado o Centro de Estudos para Refugiados da Universidade de Oxford. Entre suas várias publicações, sua obra mais importante foi publicada em 1986, *Ajuda Imposta_ Assistência de Emergência a Refugiados*, na qual descreveu o programa de assistência aos refugiados de Uganda que chegaram ao Sudão do Sul, entre 1979 e 1982. Ao longo dos anos 80, surgiram uma série de programas, centros de pesquisa, e publicações específicas sobre refugiados, que

da instalação de campos de refugiados como uma solução que tendia fortemente a se tornar uma “permanência”. Ela apontava para o impacto negativo na saúde e o risco da naturalização desses espaços, como se os refugiados a eles pertencessem naturalmente²⁴⁵.

Enquanto na área da saúde, passa a ocorrer a busca de uma sistematização²⁴⁶ da organização da assistência à saúde em campos de refugiados, realização de cursos para formação de profissionais das equipes de saúde para atuar nesses locais, e produção de manuais sobre o assunto tomando como base referências da saúde comunitária, epidemiologia e APS. Nesse momento, os dois principais polos acadêmicos que subsidiaram tais discussões foram a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres e a Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia²⁴⁷.

Foge ao escopo desse trabalho e do fôlego da autora, aprofundar essa discussão²⁴⁸, porém, consideramos importante demarcá-la antes de prosseguirmos. Nos interessa sublinhar que na medida em que os refugiados são “contidos” em campos de refugiados, constatamos um esforço de dar uma validação acadêmica para as intervenções que passaram a ser feitas, buscando a chancela de instituições acadêmicas de renome. Será nesse momento que passamos a observar um esforço de aplicar “receitas” da APS nesses espaços.

4.2.1 Refugiado como trabalhador em saúde comunitária

Durante os anos 80 identificamos a aproximação entre a APS e os refugiados a partir de várias publicações abordando a incorporação de refugiados leigos como

posteriormente ampliaram-se para o tema das migrações forçadas, estudada sob diferentes perspectivas e contribuições advindas da Sociologia, Ciência Política, Geografia, Antropologia, das Relações Internacionais e do Direito.

²⁴⁵ Sobre esse tema sugerimos a leitura do artigo de Van Damme, publicado em 1995, intitulado *Pentecem os Refugiados aos Campos? Experiências de Goma e Guiné*. Nesse artigo o autor relata a experiência dos refugiados na Guiné, entre 1990 e 1995, quando chegaram aproximadamente quinhentos mil refugiados vindos da Libéria e Serra Leoa. A partir da chegada desses refugiados a Guiné, se deu a implantação do Programa de Assistência aos Refugiados da Libéria e Serra Leoa (PARLS), o qual essencialmente consistia em promover o livre acesso dessas pessoas aos serviços de saúde já existentes em Guiné, além de investir nos centros de saúde e hospitais distritais, possibilitando que atendessem a demanda adicional. A implementação desse programa foi possível a partir da parceria entre a ONG, Médicos Sem Fronteira e o Ministério da Saúde desse país com objetivo de fortalecer seu sistema de saúde.

²⁴⁶ A primeira sistematização do treinamento de refugiados como TSC foi delineado a partir de uma parceria entre a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres e o Ministério da Saúde da Somália (Simmonds, 1980).

²⁴⁷ Os dois primeiros cursos que visavam capacitar os profissionais de saúde estrangeiros que iriam atuar em campos de refugiados foram os seguintes: um primeiro organizado em 1981, pela Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia, e outro pela Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, em 1984. Em 1983, foi publicado o primeiro manual destinado a orientar a atuação em campos de refugiados, *Cuidados de Saúde Comunitária para Refugiados* (Jelliffe, Jelliffe, 1981; Simmonds et al., 1983).

²⁴⁸ Trajman e Faerstein (2019, p.361) chamam atenção para o fato de que a disciplina acadêmica dos estudos sobre migração forçada comportar várias áreas do conhecimento, tais como ciências sociais e saúde pública, sendo essencial um diálogo entre elas para enriquecer a discussão.

profissionais de saúde, prestando assistência a seus pares em campos de refugiados subordinados às equipes de saúde oriundas dos Estados Unidos e países da Europa, ou seja, atuando como Trabalhador de Saúde Comunitária (TSC)²⁴⁹. Para exemplificarmos, tal prática ocorria em campos de refugiados instalados em vários países da Ásia e África, como por exemplo na Tailândia (Suliman, 1983) e Somália (Bryant, 1981).

De modo geral, eram experiências localizadas, desencadeadas pelas equipes de saúde, ou até mesmo a partir de uma iniciativa dos próprios refugiados, como foi o caso de alguns países, tais como: o Paquistão, com refugiados afegãos (Suliman, 1983; Cutts, 1984); a República das Filipinas, com refugiados do Vietnã, Camboja e Laos (Cobey et al., 1983); a Somália, com refugiados da Etiópia (Bryant, 1981; MacAskill, 1982); e a Tailândia, com refugiados do Laos (O’Sullivan et al. 1980). Também²⁵⁰ houve programas de treinamento fazendo parte da política nacional de alguns países, como ocorreu na Índia, com refugiados tibetanos (Tibetan Delek Hospital, 1984, apud Simmonds et al. 1985, p.62); e na Somália²⁵¹, com refugiados etíopes (Simmonds, 1980; Mussa, 1982, apud Simmonds et al. 1985, p.62).

Entre todas essas publicações gostaríamos de chamar atenção para a primeira delas, referente ao Campo de Refugiados de Ubon, de O’Sullivan et al., em 1980, cujo título explicita a aproximação entre a APS e os refugiados, *Atenção Primária no Campo de Refugiados de Ubon*. O Campo de Refugiados de Ubon era um entre outros 13, instalado desde 1975 na Tailândia, ocupado predominantemente por refugiados provenientes do Laos, em torno de 40 mil.

²⁴⁹ O termo Trabalhador de Saúde Comunitária é um guarda-chuva que, tradicionalmente, abrange inúmeros outros termos equivalentes (auxiliar médico, assistente de saúde rural, assistente de saúde comunitária, promotor de saúde, trabalhador de saúde da comunidade, trabalhador da atenção primária, trabalhador de saúde da aldeia e agente de saúde comunitária) encontrados na literatura internacional. Contudo, todos esses termos significam a mesma coisa: a estratégia de incorporar pessoas leigas da comunidade como profissionais de saúde, atuando na assistência à saúde, servindo como “interface” entre os cuidados de saúde formais do sistema de saúde e a comunidade (OMS, 2007b, p. 3). Essa era uma prática comum em muitos países em desenvolvimento, anterior a própria Conferência de Alma-Ata. Ela foi incorporada a proposição da APS abrangente como uma tecnologia de assistência à saúde de grande importância para que fossem atingidos seus objetivos (Newell, 1975; Bryant, 1978; Gish, 1971; Vaughan, Walts, 1983; Bender, Pitkin, 1987).

²⁵⁰ Além desses, segundo Simmonds et al. (1985, p.68), muitas outras experiências ocorreram na Tanzânia, Honduras, Eritreia e Camarões, porém não foram divulgadas por publicações.

²⁵¹ A primeira sistematização do treinamento de refugiados como TSC foi delineado a partir de uma parceria entre a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres e o Ministério da Saúde da Somália (Simmonds, 1980).

Foto 15 _ Uma rua no Campo de Refugiados de Ubon

FONTE: O'Sullivan (1980, p.780)

O início da participação dos refugiados como TSC se deu a partir de sua própria iniciativa, ao se voluntariarem junto à diminuta equipe de saúde estrangeira ligada a Cruz Vermelha Internacional, composta por apenas 6 profissionais. Após serem aceitos, passaram a atuar sob a supervisão dessa equipe, realizando visitas domiciliares dirigidas à assistência materno infantil e atividades ambulatoriais com foco em pediatria, tratamento de tuberculose, ginecologia e planejamento familiar.

O campo de Ubon fugia à regra, pois não possuía um hospital. Isso se deu em parte em função de seu design e em parte porque, quando o campo começou e era muito pequeno, e os refugiados eram tratados em casa. À medida que o campo cresceu, os serviços médicos passaram a ser centrados em sessões ambulatoriais públicas realizadas em uma estrutura aberta de madeira. Como a clínica e os serviços domiciliares eram públicos, isso despertou a curiosidade e o interesse dos refugiados - e muitos voluntários ofereceram sua ajuda à equipe europeia de seis membros (O'Sullivan et al., 1980, p.779).

Logo reconheceu-se o impacto positivo dessa participação, com a redução dos gastos com medicamentos e internações hospitalares, maior adesão dos refugiados às

orientações das equipes de saúde, além da redução da sobrecarga de trabalho para essa equipe.

A clínica possui 10 leitos que são usados apenas durante a noite para aqueles que necessitam de tratamento intravenoso, e os cuidados de enfermagem são deixados para parentes. Qualquer transformação dessas instalações noturnas em direção a um serviço do tipo hospitalar significaria um grande aumento nos custos e na equipe profissional. Como os outros campos da Tailândia, Ubon pode, em certas circunstâncias, encaminhar pacientes refugiados para o hospital local provincial da Tailândia - por exemplo, emergências cirúrgicas, problemas médicos urgentes e casos psiquiátricos. Entre as 7.000 consultas de pacientes realizadas na clínica todos os meses, são feitos cerca de 100 encaminhamentos. Os outros campos que implementaram instalações hospitalares nunca produziram tanta redução de morbidade quanto a ocorrida em Ubon. Apesar do aumento da população em Ubon, em 18 meses, os custos com medicamentos caíram de 2.500 libras por mês para cerca de 1.800 libras por mês devido a uma política rígida de prescrição e à redução da morbidade (O'Sullivan et al., 1980, p.782).

Apesar do primeiro Manual de Emergências do ACNUR (1982, p.76) recomendar uma proporção de 2 médicos e 8 a 10 enfermeiras para cada 20000 refugiados, o que vimos no relato de Ubon é uma situação de sobrecarga, também relatada por Seaman (1981). Nem sempre tal sobrecarga era explicitada como nos sugere O'Sullivan et al. (1980, p.779): “o campo de Ubon é um dos maiores - um aumento de 12.000 no ano passado elevou o número de laocianos para quase 40.000 (embora muitos digam em particular que existem alguns milhares a mais)”. Somava-se a essa fragilidade o despreparo dessas equipes para atuar em campos de refugiados, em função de sua formação essencialmente hospitalar, e o despreparo também das ONGs, como a OXFAM²⁵², que propunham intervenções inadequadas à realidade local (Jelliffe e Jelliffe, 1981; O'Sullivan et al., 1980; Seaman, 1981). Em meio a tantos desafios, ganha força a recomendação para a utilização de refugiados na assistência à saúde, o que segundo Dick e Simmonds (1985, p.2), também iria “facilitar a implementação da atenção primária à saúde nesse cenário, frequentemente difícil”.

[...] Por fim, isso sempre requer o desenvolvimento de uma rede de agentes comunitários de saúde [...] que poderão observar, e dar conselhos simples. Eles podem (em geral) administrar tratamento básico simplificado e padronizado para as principais doenças do campo e realizar educação em saúde sobre tópicos prioritários em circunstâncias reais da habitação [...] (Jelliffe-Jelliffe, 1981, p.16).

²⁵² Para exemplificar, (Jelliffe, Jelliffe, 1981, p. 15-16) cita a distribuição de fórmulas lácteas em campos de refugiados, e que em função da indisponibilidade de água limpa para diluí-las, de modo que o preparo de mamadeiras era muito mais arriscado do que a amamentação, que eram inadequadas para as condições insalubres dos campos.

Outras circunstâncias potencializaram tal recomendação. Uma delas foi a associação entre uma certa familiaridade que alguns refugiados tinham com essa prática em seus países de origem²⁵³, o que resultava em uma maior adesão²⁵⁴ aos programas de treinamento (Simmonds et al, 1983; Cutts, 1984). Outro fato foi o suporte da academia²⁵⁵, influenciada pelo arcabouço teórico-conceitual da APS e Saúde Comunitária. Não podemos deixar de considerar também, naquele momento histórico, a influência das discussões em torno da APS abrangente e sua versão simplificada. Identificamos uma pista dessa influência no excerto do artigo de O’Sullivan et al. (1980).

Considerando o ensino atual a favor dos sistemas de atenção primária à saúde, principalmente nos países do Terceiro Mundo, ficamos surpresos por essas lições [referindo-se à utilização de TSC como um modo de reduzir gastos com assistência à saúde] não estarem sendo implementadas de maneira mais ampla (O’Sullivan et al., 1980, p. 781).

A partir da perspectiva da APS abrangente, o TSC teria um idealizado papel “libertador”, como o profissional com o potencial de ser agente de uma reforma política e social, funcionando como um porta-voz da comunidade, combatendo as desigualdades e defendendo seus direitos e necessidades junto aos governos (Werner, 1981). Reconhecemos uma pista desse potencial no depoimento de Mabamud Ahmed que atuou em campos de refugiados na Etiópia Oriental, no qual menciona o papel de mediação, no sentido de defender os interesses da comunidade.

[...] Trabalhei como agente comunitário de saúde (ACS) nos anos 90 em campos de refugiados em Etiópia Oriental. [...] Os agentes comunitários de saúde ocupam uma posição especial em locais onde profissionais de saúde não estão disponíveis ou difícil de acessar. Nestas circunstâncias, os ACS são os únicos que fornecem educação em saúde e orientações de prevenção. [...]. Em minha opinião, os TSC devem servir não apenas como um canal entre profissionais de saúde clínicos e a comunidade, mas também como advogados da comunidade. Em virtude de suas posições e profundo entendimento dos desafios e necessidades da comunidade, eles podem contribuir muito para resolver os problemas da comunidade. [...] (Ahmed, 2011, p. 287).

Por outro lado, nem sempre o treinamento de refugiados era bem-visto pelos governantes dos países em desenvolvimento onde estavam instalados a maior parte dos

²⁵³ Ressaltamos que em áreas rurais da Ásia e Europa, desde a década de 1930, a incorporação de TSC era uma prática usual, que tomou grande visibilidade internacional durante a Conferência de Bandoeng, em 1937. Além disso, Newell, em 1975, compilou em seu livro “Saúde pelas Pessoas”, compilou várias experiências ocorridas na Tanzânia, Índia, Guatemala, Iran, entre outros.

²⁵⁴ Outro fato que incentivava essa participação é o fato de que num eventual processo de reassentamento, os refugiados treinados como TSC seriam privilegiados, sobretudo nos centros de refugiados localizados na Ásia (O’Sullivan et al, 1980; ACNUR, 1982, p.73; Dick, Simmonds, 1983; Simmonds et al., 1983).

²⁵⁵ Tal proximidade pode ser identificada na aproximação entre acadêmicos da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres e governos do Zaire, Etiópia, Somália e Zâmbia, atuando como consultores para organização da assistência à saúde em campos de refugiados (Simmonds, Brown, 1980).

campos, pois poderia representar menor aporte de recursos pelas agências internacionais, e o surgimento de posturas críticas em função do desenvolvimento de uma consciência política, como podemos constatar no excerto abaixo.

Alguns governos podem apenas permitir um programa que treine os refugiados em algumas atividades básicas, pois menor número de equipes internacionais de saúde podem significar menos publicidade internacional e menos moeda estrangeira. [...]. O treinamento de refugiados também poderia implicar que eles se tornem mais politizados e expressassem sua insatisfação ao reconhecerem suas necessidades, desigualdades e exploração. Os governos podiam ver essa mudança social como uma possível ameaça. (Simmonds et al., 1983, p. 230).

Em geral, o rol de atividades dos refugiados TSC era eminentemente técnico, com foco em educação em saúde, tratamento das doenças mais comuns, incentivo à imunização, ações de suplementação alimentar, e assistência materno-infantil (Simmonds, Cutts, Dick, 1985, p.65). De fato, no decorrer dos anos 80, a atuação do TSC, no contexto mundial, assumiu um perfil predominantemente técnico e de gestão comunitária (OMS, 2007, p. 5). Tratava-se agora de uma versão despolitizada do TSC, passando essa a ser a abordagem dominante.

Além da expectativa de que os refugiados TSC fossem deflagradores da criação de uma infraestrutura para cuidados de saúde comunitária, os mesmos também deveriam desenvolver uma autossuficiência²⁵⁶ (Dick, Simmonds, 1983). Autossuficiência que passa a ser apresentada como uma espécie de antídoto para que não desenvolvessem uma “síndrome de dependência”²⁵⁷ da assistência oferecida pelo governo anfitrião e pelas organizações internacionais de assistência (Simmonds et al., 1983, p.196; ACNUR, 1982, p.2; Simmonds et al., 1985, p.62).

[...] As famílias devem ser incentivadas a participar ativamente dos programas de saúde para o desenvolvimento da família. A autoconfiança gerada por essa

²⁵⁶A temática da autossuficiência do refugiado não é algo novo. Porém, enquanto, na década de 1960, o ACNUR investia em programas de integração local dos refugiados, nos quais o desenvolvimento de autossuficiência econômica seria um preditor de sucesso nesse processo, com o assentamento rural organizado sendo um local de passagem, na década de 1980, ocorre uma mudança radical. O destino da maioria dos refugiados passa a ser o confinamento em acampamentos, sem qualquer perspectiva, onde uma situação teoricamente transitória pode se prolongar no tempo, tornando-se permanente (Simmonds et al., 1985).

²⁵⁷ Em 2004, O ACNUR atualizou a “síndrome de dependência” da década de 1980, ao publicar um material discorrendo sobre uma situação prolongada de refúgio (sigla em inglês, protracted refugee situation), definindo essa condição como situação prolongada de refúgio aquela na qual se encontram refugiados em um duradouro e insolúvel estado de limbo, utilizando a medida grosseira de populações de refugiados de 25.000 pessoas ou mais que está no exílio há cinco ou mais anos nos países em desenvolvimento. Suas vidas podem não estar em risco, mas seus direitos básicos e suas necessidades sociais, econômicas e psicológicas continuam não satisfeitas após anos de exílio. Um refugiado nessa situação é frequentemente incapaz de se libertar da assistência recebida. Loescher e Milner (2004) e Loescher et al. (2008) criticavam essa definição, que apresenta limitações, ao reforçar a imagem dos refugiados como uma população passiva, não referenciar que essas situações incluem problemas crônicos, recorrentes e não resolvidos vivenciados pelos refugiados, e não identificar que países de origem e de acolhimento estão envolvidos nessas situações, que têm sido constantemente negligenciadas por diversos atores.

abordagem ajudará a compensar a dependência que pode se desenvolver tão facilmente em comunidades expostas a programas de ajuda em massa por longos períodos (Simmonds et al., 1983, p.196).

Desse modo, subjacente à retórica do estímulo da autoconfiança e autossuficiência e diminuição da dependência de ajuda humanitária, estava a intenção de reduzir os gastos com assistência à saúde, nem sempre claramente explicitada. Tais intenções veladas faziam com que Harrell-Bond sugerisse cautela na utilização da categoria da síndrome de dependência.

A real e aparente falta de apoio mútuo, a recusa em cooperar sob circunstâncias em que a cooperação parece vantajosa e a prevalência de comportamentos destrutivos e anti-sociais confundem e frustram os trabalhadores e pesquisadores em auxílio. Essas características de comportamento são frequentemente chamadas de Síndrome da Dependência, um termo em amplo uso para todo o comportamento social indesejável encontrado nos assentamentos. No entanto, como todos os termos gerais, pode ocultar mais do que revela e, no caso do Sudão, essa maneira de categorizar o comportamento dos refugiados leva a diagnósticos errôneos de sua causa e, portanto, inevitavelmente, projetos de ajuda erroneamente direcionados errados (Harrell-Bond, 1986, p. 283).

Como vemos, muitas e contraditórias eram as expectativas depositadas na atuação dos refugiados como TSC em cenários tão heterogêneos e marcados por polarizações e conflitos de interesses variados: entre ONGs, cada vez mais numerosas; governo local; agências intergovernamentais, e o ACNUR.

4.2.2 Atenção Primária à Saúde em campos de refugiados _ entre o ideal e o real

Durante os anos 80, simultaneamente à recomendação de incorporar refugiados como Trabalhadores de Saúde Comunitária (TSC), a Atenção Primária à Saúde, enquanto filosofia, modelo ou abordagem, passa a ser apontada como uma alternativa para a organização da assistência à saúde em campos de refugiados (Dick, Simmonds²⁵⁸, 1985; Dick, Simmonds, 1983; Simmonds et al., 1983; Simmonds, Shears, 1984; Steketee, Mulholland, 1982).

²⁵⁸ Stephanie Simmonds e Bruce Dick, professores da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, forma particularmente ativos nessas discussões (Noji e Toole, 1997).

Já no final dos anos 70 identificamos sinais da adoção do conceito de Necessidades Humanas Básicas (NHB)²⁵⁹ em discussões iniciais sobre a assistência à saúde em campos de refugiados, com a saúde comunitária²⁶⁰ sendo indicada como uma estratégia para atendê-las, no quesito saúde. Devemos ressaltar que a abordagem das NBH²⁶¹ era uma das formulações²⁶² da saúde internacional, contemporâneas ao período que antecedeu a Conferência de Alma-Ata (Pires-Alves, Cueto, 2017). Para exemplificar, temos o excerto do artigo publicado em 1980, por Simmonds e Brown, *Medicina Curativa ou Saúde Comunitária? Serviços de Saúde Adequados para Refugiados*, tratando sobre a utilização da abordagem comunitária em campos de refugiados, no qual podemos reconhecer sinais de tal referencial.

[...]Para melhorar-se a saúde, prioridade deve ser dada aos componentes relacionados à saúde, como água, saneamento, alimentação, moradia, etc, e estes estão incluídos no conceito de Necessidades Básicas. [...] As principais necessidades básicas identificadas pela OIT (1976) são: alimentação, água, saneamento, serviços de saúde, vestuário, moradia e transporte público. Essas necessidades são, elas próprias, alguns dos principais determinantes da saúde. Assim, uma estratégia para atender às necessidades básicas também é uma estratégia para a saúde. Portanto, há necessidade de especialistas em saúde comunitária [...] (Simmonds, Brown, 1980, p. 108).

Após a Conferência de Alma-Ata, com a saúde pública internacional fortemente influenciada pelas discussões em torno da APS, a recomendação de programas de saúde para refugiados baseados nesse modelo passa a predominar. Tal recomendação inspirava-se na ideia de que esta seria a abordagem mais eficaz para resolver os problemas de saúde dos países em desenvolvimento, com foco em seus cinco princípios: distribuição equitativa; envolvimento da comunidade; foco na prevenção; tecnologia apropriada; abordagem multissetorial (Walt, Vaughan, 1981, 1982a, 1982b). Sobretudo como

²⁵⁹ Na segunda metade da década de 1970, em meio à crise econômica, houve o reconhecimento da necessidade do fornecimento de uma ajuda internacional aos países em desenvolvimento, de modo que pudessem alcançar condições mínimas para adentrarem ao mundo da produção e consumo econômico (Pereira, 2009). Em meio a isso, em 1976, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) organizou a Conferência Mundial sobre Emprego, adotando as Necessidades Humanas Básicas (NHB) como conceito organizador dessa intervenção. A abordagem da NHB contemplava duas dimensões: incluía um requerimento mínimo para as famílias no que tange à alimentação, vestuário, abrigo e moradia, mas abarcava igualmente serviços essenciais no tocante à água de qualidade e esgotamento sanitário, transporte público, saúde, educação e instalações culturais (IOT, 1976). Desse modo, os governos tomadores de recursos deveriam estabelecer metas precisas no que concerne à melhoria das condições de nutrição, habitação, saúde, alfabetização e emprego.

²⁶⁰ A Saúde Comunitária constituiu uma matriz político-ideológica da Atenção Primária à Saúde, construída nos anos 1960, associado à “Guerra contra a pobreza” das Administrações Kennedy e Johnson (Paim, 2012, p. 344).

²⁶¹ Em 2014, o ACNUR publicou o seguinte material: “Estratégia Global de Saúde Pública: Saúde Pública - HIV e Saúde Reprodutiva - Segurança e Nutrição Alimentar, Água, Saneamento e Higiene (sigla em inglês, WASH_ Water, Sanitation, Hygiene) (Acnur, 2014b). Nos parece uma permanência da noção de NHB, apenas atualizada para o século XXI.

²⁶² Pires-Alves e Cueto (2017) analisaram as formulações da saúde internacional na altura da realização da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, inserindo-as no debate mais geral sobre o desenvolvimento e a cooperação internacional ao longo da década de 1970. Foram mobilizados três conjuntos de concepções e formulações prescritivas sobre o desenvolvimento e a cooperação: a *Nova Ordem Econômica Internacional* (NOEI); o *Informe Dag Hammarskjöld* (IDH) e a *Abordagem das Necessidades Humanas Básicas* (NHB).

alternativa às intervenções curativas e emergências, que se tornavam onerosas frentes as novas demandas de assistência nos campos de refugiados, que “cronificavam-se” ²⁶³ (Dick, Simmonds, 1983, Simmonds, Shears, 1984; Steketee, Mulholland, 1982; Dick, Simmonds, 1985).

A abordagem emergencial tende a ser a antítese da abordagem da atenção primária à saúde. Enquanto as plataformas de perfuração ou tanque de água possam frequentemente ser necessários, a construção de poços permanentes serão, em geral, a solução mais apropriada para o fornecimento de água. Da mesma forma, as equipes de estrangeiros prestando assistência aos refugiados, serão provavelmente menos apropriadas do que o treinamento de refugiados ou o fornecimento de recursos e assistência que permitam que eles pratiquem o autocuidado (Dick, Simmonds, 1985, p.4).

Segundo Noji e Toole (1997, p. 345), “talvez a única tentativa mais bem sucedida de aplicar os princípios da APS a um programa de saúde para refugiados em larga-escala tenha ocorrido na Somália no início dos anos 80”. Com o apoio do ACNUR, ONGs internacionais e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (em inglês, Center for Disease Control and Prevention – CDC²⁶⁴), a Unidade de Saúde para Refugiados do Ministério da Saúde da Somália²⁶⁵ desenvolveu um programa²⁶⁶ focado na prevenção de doenças, educação em saúde, protocolos padronizados de tratamento de doenças e medicamentos essenciais e treinamento de mais de 2.000 refugiados como TSC e Assistentes de Parto Tradicionais. Antecedendo a implantação desse programa uma parceria entre o Ministério da Saúde da Somália e a Escola de Saúde Pública e Medicina Tropical de Londres, com a realização de um Seminário²⁶⁷ entre 26 e 28 de agosto de 1979, para o planejamento²⁶⁸ da assistência à saúde em campos de refugiados nesse país (Simmonds, 1980).

²⁶³ Jelliffe e Jelliffe (1981, p.16,17) propuseram uma classificação dos campos de refugiados em três estágios. Haveria um estágio inicial caracterizado pela necessidade de medidas emergenciais e de suporte à vida. A seguir, haveria uma fase de estabilização na qual os serviços de saúde deveriam se concentrar em demandas nas áreas materno-infantil, doenças infecciosas e cirurgia. Além disso, deveria haver uma ênfase na prevenção: ações de educação em saúde, imunização, saneamento ambiental, e acompanhamento do crescimento das crianças. Caso não ocorresse o reassentamento, o campo entraria em uma fase de cronificação, caracterizada por problemas especiais e difíceis, com o desenvolvimento de um estado de alienação, dependência e anomia.

²⁶⁴ O CDC é uma agência do Departamento de Saúde e Serviços de Saúde dos Estados Unidos.

²⁶⁵ Tratava-se de aproximadamente 700.000 refugiados da etnia Somali que fugiram de conflito armado entre a Somália e Etiópia na região de Ogaden (Guerra de Ogaden, 1977-1978), dispersos em 35 campos de refugiados na Somália (Cardoso, 2012; Heide, 1983; Noji, Toole, 1997).

²⁶⁶ Cabe assinalar também que essa experiência resultou nos dois primeiros manuais sobre o tema: uma publicação do Ministério da Saúde da Somália, em 1982, Diretrizes para Assistência à Saúde nos Campos de Refugiados da República Democrática da Somália; e a publicação de Simmonds, Vaughan e Gunn (editores), ligados a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, em 1983, *Cuidados de Saúde Comunitária para Refugiados*.

²⁶⁷ Estavam presentes no Seminário representantes Stephanie Simmonds, consultora de Saúde Comunitária, enviada pela Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres/ OXFAM, Ministro da Saúde da Somália, médicos somalis atuantes nos campos de refugiados, e representantes do ACNUR, UNICEF, PMA, USAID e Médicos Sem Fronteira (Simmonds, 1980, p.129).

²⁶⁸ Nessa época uma habitual referência para esse planejamento era o livro de Oscar Gish (1977), *Guidelines for Health Planners*. Oscar Gish é um cientista social, com formação em história, ciências sociais e economia nos Estados Unidos, Holanda e Grã-Bretanha. O livro oferece guias gerais, de como organizar uma unidade de planejamento de saúde, de quais os requerimentos básicos para a

[...] Nesse contexto, os objetivos do seminário foram:

- 1- Planejar uma metodologia apropriada para abordar os problemas de saúde dos refugiados.
- 2- Discutir as necessidades de saúde e relacionadas com a saúde dos refugiados e a integração das atividades de solução de problemas nos serviços e planos de desenvolvimento do governo.
- 3- Padronizar certas políticas e procedimentos técnicos relacionados aos cuidados de saúde dos refugiados e propor um esquema de treinamento para o profissional de saúde dos refugiados.
- 4- Discutir métodos de avaliação dos serviços de saúde implementados nos campos de refugiados (Simmonds, 1980, p. 129).

Ainda sobre este programa, no final de 1982, a OMS e o CDC concluíram que “a Unidade de Saúde para Refugiados, no pequeno espaço de dois anos e meio, haviam construído o maior e mais bem sucedido programa de atenção primária no mundo” (Waldman, Sutherland, 1982, p.131, apud Heide, 1983, p.132).

Outro caso de aproximação entre a APS e os refugiados se refere a experiência²⁶⁹ vivida na Guiné, entre 1990 e 1995, quando lá chegaram aproximadamente quinhentos mil refugiados vindos da Libéria e Serra Leoa. Neste caso não se tratava de uma assistência à saúde em campos de refugiados, e sim instalados em meio à população local. A partir de uma parceria entre a ONG, Médicos Sem Fronteira, e o Ministério da Saúde da Guiné implantou-se o Programa de Assistência aos Refugiados da Libéria e Serra Leoa (PARLS). Este programa consistia na promoção do livre acesso dos refugiados aos serviços de saúde deste país. Houve um investimento na melhoria dos serviços, com especial atenção na APS, possibilitando o atendimento da demanda adicional, além de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos cidadãos do país (Van Damme, 1995, 1998). Esta experiência nos remete a refletir sobre o fato de que, em um cenário ideal, a melhor alternativa seria o fortalecimento dos sistemas de saúde dos países anfitriões, beneficiando os refugiados e a população local.

A Saúde dos Refugiados

Se reconhecemos que a maioria dos refugiados [...] terão no mínimo as mesmas doenças que a comunidade que o está acolhendo, eles deverão claramente necessitar de uma atenção primária à saúde integrada [...] Mais uma vez, a melhor política é o planejamento prévio e suporte eficaz aos serviços de saúde do governo anfitrião, que geralmente são subdesenvolvidos e podem ser adversamente afetados pelo afluxo de refugiados (assim como a saúde das comunidades anfitriãs).[...] (Editorial, The Lancet, 1985, p. 674).

elaboração de planos e para o controle dos gastos; de como organizar e administrar serviços de “prevenção” entre os quais: Nutrição, Educação Sanitária, Saneamento Ambiental, Campanhas Especiais, Infraestrutura de Serviços Rurais de Saúde, Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar.

²⁶⁹ Van Damme chegou na Guiné em 1989, como membro dos Médicos Sem Fronteira, tendo como função apoiar o Ministério da Saúde desse país para o desenvolvimento de um sistema de saúde público, construindo o Programa de Assistência aos refugiados da Libéria e Serra Leoa (PARLS) (Van Damme, p.1, 1998).

Segundo Noji e Toole (1997)²⁷⁰, a partir do final da década de 1980 e início de 1990, ocorre um deslocamento do polo produtor de artigos sobre a assistência à saúde em campos de refugiados, com o predomínio de um viés epidemiológico.

No final dos anos 80 e início dos anos 90, as principais fontes de artigos eram CDC, MSF e EPICENTER²⁷¹ baseado em Paris. [...] Assim, uma subespecialidade da saúde internacional estava se desenvolvendo, com seus próprios métodos, políticas e práticas apropriadas para os locais de refúgio. Esse desenvolvimento foi impulsionado pela primeira conferência internacional de saúde para refugiados patrocinada pela Universidade de Georgetown em Washington, DC em 1988 (Noji, Toole, 1997, p.372).

Por outro lado, segundo esses autores, as recomendações de Simmonds e Dick de que os programas de saúde para refugiados deveriam adotar uma abordagem da APS continuaram permeando a retórica de muitas organizações de assistência. Além disso, na década de 1990, intensifica-se o protagonismo das ONGs na operacionalização de muitas ações, como podemos observar no anúncio a seguir:

**Professor de Atenção Primária à Saúde
Fronteira Noroeste
Província, Paquistão**

O Fundo Salve as Crianças está ajudando a desenvolver um sistema de Atenção Primária à Saúde nos campos de refugiados afegãos na Fronteira Noroeste, Paquistão. O projeto agora precisa de um professor qualificado para trabalhar com um colega afegão para motivar e gerenciar uma equipe de homens afegãos que ensinam grupos de até quinze pessoas no centro de treinamento em saúde do Fundo, nos arredores de Peshawar.[...]

Escritório Pessoal no Exterior,
Fundo Save The Children
(The Guardian, London, 14/05/1986)

Outra pista da permanência do jargão da APS pode ser identificada, em 2014, no último manual do ACNUR, segundo o qual, em campos de refugiados, “todos os programas de saúde pública do ACNUR estão ancorados nos princípios da atenção primária à saúde” (ACNUR, 2014b, p.9).

²⁷⁰ Em 1997, Noji e Toole publicaram um artigo no que buscaram resgatar sob uma perspectiva histórica o modo como o campo da saúde pública se desenvolveu diante de desastres naturais se desastres causados pelo homem, e será nessa categoria que teremos a assistência aos refugiados.

²⁷¹ O EPICENTER é uma organização criada por Médicos Sem Fronteiras (MSF) em 1986. Ele realiza atividades de epidemiologia de campo, projetos de pesquisa e treinamentos em apoio ao objetivo de Médicos Sem Fronteiras (MSF) de fornecer assistência médica em áreas onde as pessoas são afetadas por conflitos, epidemias, desastres ou têm acesso precário ou inexistente aos cuidados de saúde (disponível em: <https://epicentre.msf.org/en/epicentre/mission>).

Ao mesmo tempo, a concentração de refugiados em campos se mantém. No início de 2019, quase 16 milhões de pessoas estavam alojadas em campos de refugiados há no mínimo 2 anos, representando aproximadamente 78% de todos os refugiados deslocados em todo o mundo.

Mapa 3 - Distribuição dos Refugiados em Campos há mais de dois anos

Fonte: ACNUR. Protracted Refugee Situations Explained. 28 jan. 2020. Disponível em: <https://www.unrefugees.org/news/protracted-refugee-situations-explained/>

4.2.2.1 Campo de Refugiados, “Comunidades” tratáveis pela APS?

Em meio a toda essa discussão, constatamos uma forte tendência de referir-se aos campos de refugiados como comunidades, e até compará-los com comunidades estáveis em países em desenvolvimento (Dick, Simmonds, 1983, 1985; Simmonds et al., 1985; Simmonds, 1984; Holt, 1981). Inicialmente, tal comparação sublinhava a semelhança no padrão de adoecimento, com predomínio de doenças infectocontagiosas, embora reconhecessem uma maior gravidade nos casos dos campos de refugiados (Jelliffe, Jelliffe, 1981; Dick, Simmonds, 1983).

Para exemplificar, segundo Jelliffe e Jelliffe (1981, p. 16), “podemos ver os campos de refugiados como uma comunidade anormal de um país em desenvolvimento, sob grande estresse físico e emocional”. Dick e Simmonds (1983), ressaltaram que “embora as generalizações sejam difíceis devido à variabilidade dos refugiados e às diferentes circunstâncias, o problema de saúde e as doenças parecem não diferir qualitativamente, embora possam ser qualitativamente mais graves”.

Cabe sublinhar que tal comparação era apontada como uma forte justificativa para reconhecer na APS a melhor abordagem para a assistência à saúde dos refugiados, uma vez que, se era capaz de melhorar o status de saúde de populações em países em desenvolvimento, por analogia, também seriam benéficas para as “comunidades” em campos de refugiados (Simmonds, Shears, 1984). Porém, a comparação ia além desse aspecto, ressaltando semelhanças entre as insuficiências nesses dois cenários, e também particularidades dos campos de refugiados. Tais ponderações podem ser identificadas no excerto abaixo (Dick, Simmonds, 1983, p.295).

Considerando que muitos dos problemas de saúde dos refugiados são comparáveis aos encontrados em todo o mundo em desenvolvimento (pelo menos em termos de índices limitados que foram discutidos), não surpreende que muitas das dificuldades de prestar assistência médica sejam semelhantes. Isso inclui fornecimento insuficiente (Bizuneh, 1980), orientação curativa (Simmonds, Brown, 1980), suprimentos inadequados (Brown, 1969) e problemas de comunicação, transporte e coordenação (Kroege, 1976; Shaw, 1977). Existem, no entanto, problemas adicionais que, embora não sejam únicos, parecem ser encontrados com frequência suficiente para diferenciar a prestação de cuidados de saúde nos dois locais (Dick, Simmonds, 1983, p.295).

Dick e Simmonds (1983, 1985) aprofundaram a discussão sobre as particularidades da realidade dos campos de refugiados, refletindo sobre a abordagem da APS nesses espaços, e reconheceram muitas dificuldades. Contudo, mesmo assim, entendiam ser a melhor estratégia para esses locais, almejando o envolvimento dos refugiados no planejamento e implementação das ações, reconhecendo, contudo, a distância entre o ideal e o real (Dick, Simmonds, 1985).

Grandes mudanças ocorreram na prestação de cuidados de saúde nos países em desenvolvimento durante os últimos vinte anos. Há todos os motivos para esperar que, com treinamento, cooperação, alocação e utilização adequada de recursos, planejamento e avaliação eficazes, e vontade e compromisso político para fazer o que seja necessário, luz seja lançada na sombra que atualmente separa a realidade da ideia de atenção primária à saúde com refugiados (Dick, Simmonds, 1985, p.7).

Embora, já naquela época a grande maioria dos campos de refugiados estivessem localizados em países em desenvolvimento, é necessário cautela em tratá-los como comunidades. Além disso, a própria questão da estabilidade dessas “comunidades” deve ser ponderada, haja vista que um campo de refugiados consiste em um agrupamento de indivíduos que não foi conscientemente organizado, uma vez que o local de sua instalação lhe foi imposto, com comprometimento de sua autonomia e liberdade. A continuidade desses espaços é fruto dessa interdição, portanto, uma estabilidade artificial, imposta. Trata-se do que Carling (2002) chamou de era da imobilidade involuntária.

Prosseguindo na tentativa de entender a naturalidade da adoção desse tratamento, recorremos a Hobsbawn (2007, p.416), que reconhecia naquele momento histórico, o fato de que “a palavra ‘comunidade’ nunca foi utilizada de modo mais indiscriminado e vazio do que nas décadas [décadas de 1970-80] em que as comunidades no sentido sociológico passaram a ser difíceis de encontrar na vida real”. Teria sua origem na “Saúde Comunitária”, com a “comunidade” entendida numa perspectiva estrutural, enquanto um agrupamento de indivíduos em uma determinada área, porém, desprovido de autonomia política? Seria uma tendência de despolitizar a discussão sobre os campos de refugiados, de modo que ao tratá-los como comunidades²⁷², tornaria mais fácil “tratá-los” com a APS?

Tratar os campos de refugiados como comunidades, nos sugere uma aceitação tácita de sua permanência, despolitizando a discussão. Assim, parece quase óbvio tratá-los com tecnologias da APS. Porém, qual versão de APS lhes será ofertado, em meio a: uma multiplicidade de ONGs ofertando suas “balas mágicas”; uma coordenação ineficiente das ações; e uma participação dos refugiados restringindo-se a sua atuação com Trabalhador de Saúde Comunitária. Nos parece uma APS mais próxima da versão “seletiva”, de cesta de serviços “custo-efetivos”, que Mario Testa (1992) bem referiu como “Primitiva”.

Em tempo atuais, onde o reassentamento de refugiados tornou-se algo antiquado, e onde o vale tudo é a tônica nas estratégias estatais de blindagem de fronteiras nacionais, o presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, aprisiona crianças que foram separadas

²⁷² Para aprofundar as reflexões sobre o conceito de “comunidade”, sugerimos a leitura de Medicina Comunitária: Introdução a uma Análise Crítica (Paim, 2009).

de seus pais, em gaiolas metálicas. Assim, em 2018, cerca de duas mil crianças filhas de refugiados que tentaram entrar ilegalmente nos Estados Unidos, são contidas dentro de armazéns no Sul do Texas, enquanto esperam a deportação. Trata-se de uma prática cruel, desumana e em dissonância com os instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos, sobretudo, aos direitos humanos da criança.

Foto 16 _Centro de detenção de menores migrantes em Rio Grande, no Texas (EUA), onde crianças ficam em jaulas

FONTE: Público, 18/06/2018, disponível em: <https://www.publico.pt/2018/06/18/mundo/noticia/criancas-sao-mantidas-em-gaiolas-na-fronteira-dos-eua-1834710>

4.2.3 Rastreado a saúde dos refugiados _ prevenção ou vigilância?

Os anos que se seguiram à Segunda Guerra Mundial foram marcados pela intensificação da prática de submeter pessoas assintomáticas a avaliações clínicas²⁷³ que

²⁷³ A origem precisa do movimento do Exame Periódico de Saúde é desconhecida. Contudo, no final do século XIX, o médico inglês Dobell (1862) recomendava a realização de exames periódicos de saúde (EPS), o que foi adotado com forte simpatia por parte de indústria, corporações de seguro de vida e Associação Médica Americana estadunidense, no início do século XX.

buscavam identificar doenças “latentes”, fazendo assim o seu diagnóstico precoce. Deu-se, então, a extensão para a população civil, de uma prática, até então, aplicada aos militares (Armstrong, 2012²⁷⁴).

A Segunda Guerra Mundial proporcionou as condições ideais para a difusão da tecnologia de rastreamento. Era comum que os novos recrutas passassem por um exame médico para avaliar a aptidão geral para o serviço ativo e, durante a guerra, esse exame foi cada vez mais complementado por programas formais de rastreamento. As doenças para as quais existiam exames de rastreamento, como tuberculose e sífilis, forneciam exemplares de como a tecnologia poderia ser implantada: uma população definida, preferencialmente cativa na medida em que sua adesão fosse garantida, e um teste que pudesse identificar a doença latente. [...]O terceiro programa de rastreamento importante introduzido nas forças armadas foi para doenças psiquiátricas. [...] A triagem de novos recrutas foi ampliada para abranger os testes desenvolvidos para o exame médico escolar (para visão e audição, por exemplo). [...] Após a Segunda Guerra, [...] a ideia de que doenças graves da vida adulta poderiam estar latentes nos primeiros anos foi estendida à população civil. [...] Com as novas técnicas e novos alvos [doenças crônicas] as décadas que se seguiram a Segunda Guerra Mundial foram marcadas pela promoção entusiasmada do rastreamento. [...] (Armstrong, 2012, p. 179,180).

Em meio a expansão das técnicas de monitoramento, as ações de rastreamento, expressavam, segundo Armstrong (1995), o fortalecimento de uma “medicina de vigilância”. Além disso, o rastreamento de doenças estava no bojo de ações preventivistas, em curso naquele momento, com o delineamento da História Natural da Doença (HND)²⁷⁵, que levou à especificação do conceito de prevenção em níveis de ação, formulado por Leavell e Clark (1977). Devemos sublinhar que, segundo Arouca (1975)²⁷⁶, a introdução de medidas preventivas ao cuidado médico, colocava-se, naquela ocasião, como uma alternativa à prática médica centrada na medicina curativa, embora, posteriormente tenha que deparar-se com seu “dilema preventivista”. E nesse sentido, ressaltamos que a própria relevância e função que os programas de rastreamento assumiram nesse momento, é a expressão desse “dilema”. Além disso, houve segundo Fisk (1921, apud Han, 1997, p.913), a influência histórica de ideias eugenistas²⁷⁷, que viam nos exames de rastreamento um meio de identificar “imperfeições”, se aproximando

²⁷⁴ Em 2012, Armstrong reconstrói a trajetória da prática do rastreamento, desde o período entre a Primeira e Segunda Guerra Mundial, passando pelo seu período de ascensão após a Segunda Guerra Mundial, até sua trajetória turbulenta no início do século XX.

²⁷⁵ A teoria da HND compreende o adoecimento como um processo dividido em etapas sequenciais: o período pré-patogênico, alterações precoces, primeiros sintomas, doença avançada e convalescença. A partir dessa estrutura, caberia à medicina e à saúde pública organizar ações para evitar o progresso da doença e lidar com cada fase. Com isso, a prevenção seria impedir o avanço do adoecimento, desde o período pré-patogênico ao fim do patogênico (Leavell, Clark, 1977).

²⁷⁶ Segundo Arouca (1975), a medicina preventiva mesmo se apresentando como um projeto de mudança na prática, não escapou à contradição da própria medicina, uma vez que ficou limitada a uma leitura liberal da medicina, constituindo-se, então, em um espaço conservador e funcional ao capitalismo, expressando o “dilema preventivista”.

²⁷⁷ O termo eugenia, do grego eugenēs, “bem-nascido”, foi empregado por Francis Galton pela primeira vez em 1883. Originalmente, esse termo representa a aplicação de práticas de aprimoramento da espécie humana. Os conceitos darwinistas de seleção natural,

Desse modo, estabeleceu-se a definição de rastreamento, enquanto uma ação de prevenção secundária, consistindo na aplicação de testes ou procedimentos em pessoas assintomáticas com o propósito de diferenciá-las em dois grupos: aquelas que podem vir a ser beneficiadas pela intervenção diagnóstica e terapêutica precoce, e aquelas que não (Wallace, 1998). A sua incorporação no dia a dia da APS, é reconhecido por Gates no excerto abaixo.

A importância do rastreamento está profundamente enraizada na atenção primária: os médicos de família acreditam no valor de detectar a doença em um estágio precoce e assintomático, quando é mais provável que seja passível de tratamento e cura. No entanto, é importante reconhecer que o objetivo final do rastreamento é reduzir a morbimortalidade. Se melhores resultados não podem ser demonstrados, a justificativa para a triagem está perdida. O diagnóstico precoce por si só não justifica um programa de rastreamento. A única justificativa para o programa de triagem é o diagnóstico precoce que leva a uma melhora mensurável no resultado (Gates, 2001, p. 513).

Para exemplificar a relevância que tais ações assumiram na APS naquela época, tomaremos o papel que os Médicos Gerais do Sistema Nacional de Saúde inglês (em inglês, General Practitioners – GPs) passaram a ter a partir da década de 1990, nas ações de rastreamento das pessoas sob seus cuidados, tomando o rastreamento de câncer de colo do útero com a realização de exames de citologia oncológica (McKie, 1995).

No contrato, um incentivo financeiro está vinculado ao fornecimento de triagem local. E se os GPs alcançam uma cobertura de 80 por cento das mulheres elegíveis tendo um teste completo, os pagamentos são feitos. Se a cobertura de 50 por cento a 79 por cento for alcançada, um terço do pagamento é feito, e se menos de 50 por cento da cobertura for alcançado, então nenhum pagamento é feito (McKie²⁷⁸, 1995, p.443).

Entretanto, já no final da década de 1970 e sobretudo nos anos 80 e 90²⁷⁹, surgiram muitos questionamentos sobre os programas de rastreamento. Os principais aspectos em

aptidão, meio ambiente e de teoria evolucionista foram aplicados a sociedade humana, embasando cientificamente as concepções eugênicas. Desse modo, a partir de 1880, a eugenia estabeleceu-se como ciência do aprimoramento racial, abordando tal questão como melhoria genética da raça humana. Os ideais eugênicos abrangiam, principalmente, duas teorias distintas: a eugenia negativa, também conhecida como restritiva, e a eugenia positiva, chamada também de construtiva. A primeira baseava-se nas teorias biológicas e genéticas, de base mendelista, e pregava não ser possível que houvesse alterações hereditárias a partir de ações externas, defendendo, por exemplo, a esterilização dos chamados “inferiores”, para impedir a propagação de uma raça impura. A eugenia positiva, inspirada nas teorias lamarckistas, defendia ser possível a modificação de traços hereditários por meio de ações ambientais, como higiene e educação, encontrando campo médico fundamentalmente na área de saúde da infância, sobretudo para a puericultura (Mota, 2003; 2012).

²⁷⁸ McKie (1995) tomou como fio condutor de seus questionamentos sobre a função regulatória e de vigilância dos programas de rastreamento, o programa de rastreamento de câncer de colo útero em mulheres do Reino Unido, a partir da década de 1990, conduzidas pelos médicos gerais.

²⁷⁹ A partir dos anos 1980/90 tem início uma discussão sobre os cuidados com os excessos das práticas preventivas, nomeada como Prevenção Quaternária, cujo principal mantra é o princípio bioético de *primo non nocere*. Segundo Normam e Tesser (2009, p. 2018), uma das formas mais importantes de evitar os excessos dessa prática seja a combinação de três ferramentas importantes para o cuidado clínico: abordagem centrada na pessoa, medicina baseada em evidências e centramento do cuidado na atenção primária à saúde, com longitudinalidade.

pauta se referiam aos seus custos, a aspectos éticos, a necessidade de evidências²⁸⁰ científicas para sua implementação, e ponderações sobre os impactos negativos nos indivíduos submetidos a tais exames, sobretudo do ponto de vista psicológico. Uma expressão desse momento pode ser reconhecida em charge publicadas em uma matéria no New York Times, em 1976, escrita por Richard Spark, intitulada “O caso contra exames físicos regulares”.

Figura 13 - Crítica aos exames periódicos de saúde

FONTE: The New York Times. 25 jul. 1976. p.10

Entre as críticas delineadas sobre a apologia dos rastreamentos médicos, predominaram as reflexões sobre suas intenções preventivistas ou ações de vigilância sobre a população. Em resposta a tais ponderações houve uma forte tendência de sublinhar a necessidade de que tal prática se baseasse em evidências científicas²⁸¹, com

²⁸⁰ Já em 1968, Wilson e Jungner estabeleceram os princípios para a implementação de um rastreamento, até hoje considerados padrão-ouro internacional. Desde então, tais princípios foram revisitados (Gray, 2004), com poucas alterações. Para avaliar sistematicamente os procedimentos utilizados no rastreamento e uniformizar dados sobre a efetividade das medidas de screening, oferecendo recomendações para os serviços de saúde sobre a relevância de se adotar ou não medidas preventivas foram criados, no início da década de 1990, grupos como a força tarefa norte-americana (United States Preventive Services Task Force – USPSTF), a força tarefa canadense (Canadian Task Force on Preventive Health Care – CTFPHC), a base Cochrane e o NICE (National Institute for Health and Care Excellence) britânico. Apesar do esforço e iniciativa, a incorporação de novos fatos, descobertas constantes e das recentes atualizações de revisões sistemáticas tornou as recomendações de rastreamento mais frágeis e passíveis de contestações e conflitos de interesse (Gérvas, 2013).

²⁸¹ A denominada ‘medicina baseada em evidências’ (MBE) originou-se da epidemiologia clínica anglo-saxônica, iniciado na Universidade de McMaster no Canadá no início dos anos noventa. É definida em termos genéricos como o “processo de sistematicamente descobrir, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas” (Evidence Based Medicine Working Group, 1992). Segundo Vasconcellos-Silva e Castiel (2005, p.504), no bojo de “filosofias da eficiência”, e da “ética dos objetos” a prática da Medicina e a promoção de saúde tornaram-se campo suscetível de previsão e intervenção. Para tanto é necessário ter fé e confiar em dados que possam indicar as melhores direções a seguir. Essa é a síntese do paradigma comportamentalista que permeia a MBE e a sociedade do conhecimento para o controle. Segundo Priven (2013), Pearson e Fisher, autores de diversos conceitos e métodos estatísticos utilizados pela MBE, formuladores da bioestatística moderna, tiveram grande alinhamento autores com ideais eugenistas, expresso na nomeação de Pearson para diretor do recém fundado Laboratório Galton de Eugenia Nacional.

demonstração de custo-efetividade, e impacto na redução da morbi-mortalidade, buscando assim, justificativas sobre o controle disciplinar sobre o corpo (Posner, 1993; Lupton, 1994, McKie, 1995; Jahn, 2002).

O objetivo dos apontamentos acima foi delinear brevemente as discussões em curso, quando na década de 1980²⁸² teremos a aproximação da utilização do dispositivo tecnológicos do rastreamento junto aos refugiados. Entretanto, tal aproximação será permeada por objetivos particulares, que devem ser entendidos sob uma perspectiva histórica, nem sempre pautados por preocupações éticas e baseados em evidências científicas.

As primeiras pistas de rastreamentos destinados aos refugiados são reconhecidas em campos de refugiados. Em 1982, o ACNUR publicou a primeira edição do seu Manual de Emergências, no qual menciona a preocupação com a vigilância da condição de saúde e nutricional dos refugiados, sem, contudo, especificar como tal avaliação se daria. Observamos também, uma priorização na identificação de indivíduos com doenças infectocontagiosas que necessitassem de um atendimento emergencial, nomeando tal intervenção como uma triagem.

7.5 Cuidados de saúde para refugiados

1.Os cuidados de saúde dos refugiados devem incluir medidas preventivas e curativas. A necessidade e o alcance desta última irão variar em cada emergência [...]

Triagem

[...] 4. Esta é a seleção e classificação dos pacientes enfermos e feridos para atenção em face de necessidades imperiosas e recursos insuficientes. O objetivo é dar assistência prioritária àqueles com maior probabilidade de se beneficiar. [...]. Se houver necessidade de triagem, a classificação é usualmente em três categorias: aqueles que não irão se beneficiar do tratamento disponível nas condições de emergência e, portanto, não são tratados; os gravemente doentes ou aqueles que, após os primeiros socorros iniciais, pode-se aguardar atendimento médico. As seleções devem ser feitas pelo profissional de saúde mais experiente disponível, mas o administrador pode precisar impressionar a equipe de saúde sobre a importância vital do sistema de triagem. (ACNUR, 1982, Capítulo 7_ Saúde, p. 82). (grifo da autora).

Haja vista que a nutrição era reconhecidamente o maior problema em campos de refugiados (Dick, Simmonds, 1983), buscava-se um modo de rastrear tal deficiência que fosse exequível por voluntários paramédicos com pouco treinamento. Nesse sentido, em

²⁸² A realização de avaliações clínicas em refugiados não é algo recente, uma vez que já em 1980 encontramos inúmeros trabalhos descrevendo resultados de avaliações clínicas e laboratoriais de refugiados do Sudeste Asiáticos, buscando delimitar seu perfil epidemiológico (Erickson, Hoang, 1980; Pickwell, 1981; Barry et al., 1983).

1980, O'Sullivan et al. publicaram um artigo no qual propõe a medida da circunferência do braço das crianças como um modo de rastrear a desnutrição, referindo-as ao centro de alimentação do campo para receberem suplementação nutricional.

A partir da segunda edição do Manual do ACNUR, em 1988, a média da circunferência do braço de crianças abaixo de 5 anos, já é incorporada como técnica para rastrear desnutrição. Além disso, também incorporou a realização sistemática de exames de sangue para rastrear sífilis em gestantes, buscando assim reduzir a ocorrência de sífilis neonatal.

Health Assessment, Planning, Monitoring and Surveillance

[...]

5.Avaliação de saúde e nutrição em massa na chegada. Isso deve se concentrar em: (i) triagem (screening) nutricional por meio de inspeção visual e medição da circunferência do ponto médio do braço ("CMB"), [...], (ii) verificação de doenças transmissíveis e cobertura vacinal, e (iii) identificação de pacientes com necessidade de encaminhamento urgente. [...] (ACNUR, 1988, p.158).

A primeira publicação da Organização Não-Governamental, OXFAM, em 1994, sobre “Cuidados de Saúde para Refugiados e Pessoas Deslocadas”, também incorporou o rastreamento nutricional em crianças. Nesse material já identificamos a utilização da terminologia “rastreamento médico” (em inglês, medical screening) que em seu glossário está definido como “uma maneira rápida de identificar pessoas com fatores de risco ou os primeiros sintomas de uma doença específica” (Mears, Chowdhury, 1994, p.107).

O primeiro livro produzido pela Escola de Medicina Tropical e Saúde Pública de Londres, publicado em 1983, intitulada “Cuidados de Saúde Comunitária para Refugiados”, sinaliza para a priorização de rastreamento no período pré-natal, a condição nutricional na infância e doenças infecciosas, já utilizando uma definição de rastreamento que se aproxima bastante da concepção utilizada fora dos campos de refugiados naquela ocasião.

Rastreamento

Este método consiste em detectar um processo de adoecimento após ele já ter se iniciado, porém antes de produzir sintomas. O método é baseado no rastreamento de indivíduos e para ser efetivo, uma alta cobertura da população deve ocorrer. Entretanto, um particular procedimento de rastreamento deve ser levado adiante apenas alguma coisa puder ser feita para ajudar a pessoa afetada, seja pelo serviço médico ou pela própria comunidade. Bons exemplos

é a assistência pré-natal, vigilância nutricional de crianças pequenas, e certas investigações laboratoriais para infecções (Simmonds et al., 1983, p. 38).

Este material também menciona alguns cuidados importantes com relação ao rastreamento em campos de refugiados.

Alguns pontos importantes sobre os procedimentos de triagem:

- Nenhum procedimento deve ser realizado se nenhum tratamento eficaz for conhecido ou se não houver suprimentos adequados disponíveis, exceto quando a informação for de extrema importância para fins de planejamento. A equipe deve estar preparada para tratar ou encaminhar qualquer pessoa considerada "positiva".
- As questões de triagem e os testes devem diferenciar claramente entre casos e não casos, isto é, a porcentagem de casos falso-positivos e falso-negativos deve ser pequena.
- Os procedimentos devem ser simples, baratos e confiáveis de usar e não depender de complicados equipamentos importados.
- Eles devem ser aceitáveis para os próprios refugiados, caso contrário, eles podem se recusar a cooperar (Simmonds et al., 1983, p.82).

Foge ao escopo desse trabalho apontar todas as ações de rastreamento propostas em campos de refugiados, mas importa reconhecer que a preocupação com rastreamento se mantém até os dias de hoje. Para exemplificarmos, a última edição do Manual do Projeto Esfera²⁸³, publicado em 2018 faz recomendações sobre o rastreamento de desnutrição em crianças e gestantes, além de HIV, Tuberculose e Malária (Sphere, 2018).

A realização de rastreamentos médicos em refugiados é gradualmente implementada nos campos de refugiados, que se tornaram locais de longa permanência a partir do final do século XX, tais avaliações se aproximaram dos refugiados a partir da década de 1990, atendendo a novas necessidades. Nessa ocasião, essa prática assumirá o papel de um dispositivo tecnológico deslocado de sua inserção habitual em programas nacionais de rastreamento, visando grupos específicos (por exemplo, programas de rastreamento de câncer cervical e de mama), em meio a um sistema de saúde funcionando sob a lógica da APS. Os programas de rastreamento passaram a fazer parte do processo de solicitação de refúgio em muitos países do Hemisfério Norte, como por exemplo, os

²⁸³ O Projeto Esfera teve início em 1997, a partir da iniciativa de um grupo de ONGs e a Cruz Vermelha. Seu objetivo era estabelecer uma padronização mínima de ações a serem implementadas em Campos de Refugiados (Sphere Association, 2018). Maiores detalhes sobre esse Projeto estão disponíveis em www.spherestandards.org/handbook

Estados Unidos²⁸⁴, Canadá²⁸⁵, Austrália²⁸⁶, Nova Zelândia²⁸⁷, e países da Europa²⁸⁸. Em alguns países, como os Estados Unidos²⁸⁹ e Canadá, o seu resultado será determinante da aceitação ou não de um pedido de refúgio, sendo portanto a sua realização compulsória (Beeres et al., 2018, p.3).

²⁸⁴ Maiores detalhes sobre o protocolo de rastreamento de refugiados construído pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (em inglês: Centers for Disease Control and Prevention -CDC), agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos *Estados Unidos*, estão disponíveis em: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/refugee-guidelines.html>

²⁸⁵ Com relação as “Diretrizes clínicas baseadas em evidências para imigrantes e Refugiados” (Pottie et al., 2011), proposto pelo Canadá, podemos obter maiores detalhes em: Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/183/12/E824.full>.

²⁸⁶ Não se refere aos protocolos de rastreamento em refugiados utilizado na Austrália, detalhes disponíveis em: <http://refugeehealthguide.org.au/refugee-health-assessment/>

²⁸⁷ Na Nova Zelândia, um material produzido pelo Ministério de Saúde, “Cuidados de saúde para refugiados: um manual para profissionais de saúde”, padroniza esse atendimento e está disponível em: Disponível em: <https://www.ecald.com/assets/Resources/Toolkit-Refugee-Health-Care-Handbook.pdf>.

²⁸⁸ Para exemplificarmos, temos as “Orientação de saúde pública sobre triagem e vacinação para doenças infecciosas em migrantes recém-chegados na União Europeia (ECDC, 2018). Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Public%20health%20guidance%20on%20screening%20and%20vaccination%20of%20migrants%20in%20the%20EU%20EEA.pdf>

²⁸⁹ Segundo Kennedy et al. (1999), cada pessoa que solicitasse o status de refugiado era obrigado a submeter-se a um exame médico em seu país de origem, realizado por um médico selecionado pelos funcionários consulares do Departamento de Estado dos Estados Unidos. Esses exames se propõem a identificar indivíduos com doenças transmissíveis em outras condições baseadas em critérios estabelecidos pela Divisão de Quarentena do Centro Nacional de Doenças Infecciosas do Centro de Controle e Prevenção de Doenças. Com base nesses exames realizados antes de sua entrada no país, os refugiados que apresentarem pelo menos uma das condições descritas a seguir, terão seu pedido de entrada rejeitado: ausência de documentação comprovando a vacinação contra doenças evitáveis; história de distúrbios físico ou mental que possa representar uma ameaça a “propriedade, segurança e bem-estar” a ele ou aos outros, e que possa levar a comportamentos prejudiciais; abuso de drogas e dependência de drogas ilegais; e ser diagnosticado com um doença transmissível de importância para a Saúde Pública. Atualmente, infecção por HIV, tuberculose, Infecções sexualmente transmissíveis (sífilis, cancroide, gonorréia, granuloma inguinal e linfogranuloma venéreo) e hanseníase. No caso do Canadá, segundo Fowler (1998), os refugiados devem submeter-se a um exame clínico realizado por um profissional designado pelo Ministério da Saúde desse país. Tal avaliação inclui, além de uma história clínica e exame físico, a realização obrigatória de radiografia de tórax, um teste para Sífilis (VDRL) e exame de urina, além de revisão de sua imunização.

Foto 17 - Médico da Organização Internacional para Migração realizando rastreamento em refugiados em processo de reassentamento

FONTE: Weekers e Siem (1997, p.396)

Ironicamente, caso o refugiado consiga chegar a um país com um sistema de saúde pautado pela APS, com programas nacionais de rastreamento disponibilizados para sua população de forma gratuita, não necessariamente terá acesso²⁹⁰ a todos esses recursos (Jones, Gill, 1998; Katz, Hofer, 1994). Muitas vezes, lhe será disponibilizado um “pacote” reduzidos de serviços, passando a ter acesso a pacotes cada vez mais limitados de serviços na APS, em países como Reino Unido, Canadá e Austrália. Para exemplificar, no caso do Reino Unido²⁹¹, refugiados e solicitantes de refúgio poderão utilizar sem custos os serviços de Emergência; e atendimentos destinados ao diagnóstico e tratamento de uma série de doenças transmissíveis, incluindo HIV, TB, infecções sexualmente

²⁹⁰ As barreiras de acesso ao sistema de saúde enfrentadas pelos refugiados são de várias ordens, tais como: estruturais, econômicas, culturais, geográficas e linguísticas (e suas barreiras como descrito por Correa-Velez et al. (2008) e Miedema et al. (2008), no Canadá, e Hall et al (2007, 2009) no Reino Unido.

²⁹¹ Em 2014, o Sistema Nacional de Saúde dos Reino Unidos divulgou pela primeira vez o “Direitos no Sistema Nacional de Saúde: Guia da Saúde do Migrante”, com aconselhamento e orientação para profissionais de saúde sobre as necessidades de saúde de pacientes migrantes. Tal material teve sua última atualização em 2020, e encontra-se disponível em: <https://www.gov.uk/guidance/nhs-entitlements-migrant-health-guide>

transmissíveis e Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) (Reeves et al., 2006). A partir da eclosão da pandemia do COVID-19, foi adicionado o acesso a sua investigação, diagnóstico e tratamento.

Portanto, seja durante o processo de reassentamento, ou na chegada a fronteira de um país, onde, poderá ser aprisionado em centros de detenção²⁹² para refugiados, como ocorre nos Estados Unidos²⁹³, Austrália²⁹⁴ e Itália²⁹⁵, ou mesmo tendo conseguido entrar no país e formalizar a solicitação de refúgio, essas pessoas poderão se deparar com um pacote de exames para rastreamento de inúmeras doenças, em sua grande maioria para diagnóstico de doenças infectocontagiosas. Tal procedimento poderá ter caráter voluntário, como nos países nórdicos e Suíça, ou serem compulsórios, como no Canadá, Estados Unidos e Austrália (Weekers, Siem, 1997).

Embora, em 1968, Wilson e Jungner tenham proposto critérios a serem considerados na construção dos programas nacionais de rastreamento, e os mesmos tenham sido atualizados pela OMS em 2008 (Andermann, et al., 2008), os inúmeros protocolos destinados aos refugiados parecem estar isentos desses cuidados.

²⁹² Essa intervenção, além de violar os direitos humanos dos refugiados, tem graves impactos sobre a saúde mental dessas pessoas (Silove et al., 2000; Steel, Silove, 2006).

²⁹³ Os Estados Unidos construíram centros de detenção para imigrantes nas fronteiras desse país com o México, violando gravemente os direitos humanos. Para maiores informações acesse: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-44604153>.

²⁹⁴ São incontáveis as denúncias de violação dos direitos humanos perpetradas pelo governo australiano aos refugiados detidos no Centro de Detenção de Nauru, criado em 2001 (Schmid, 2019; Lowth, 2017). Para maiores informações sugerimos a leitura de matérias publicadas no jornal inglês, The Guardian, em 2016a. Disponível em: <https://www.theguardian.com/law/2016/may/18/australias-indefinite-detention-of-refugees-illegal-un-rules>, e <https://www.theguardian.com/world/2016/aug/10/a-shorthistory-of-nauru-australias-dumping-ground-for-refugees>

²⁹⁵ Atualmente, na Itália, tais centros de detenção são denominados, sem usos de qualquer eufemismo, de Centros de Identificação e Expulsão. Nesses locais são detidos os estrangeiros em situação irregular, efetuando a espoliação do estatuto jurídico do sujeito, afirmando-se a exclusão da cidadania de determinada categoria de pessoas e mudando o sentido da lei na sua forma, momento no qual o direito deixa de ter o caráter universal e igualitário que o caracteriza para tornar-se um direito especial, exclusivo apenas para determinadas parcelas da população (Garcia, 2014).

Tabela 5 - Síntese dos critérios de triagem emergentes propostos durante nos últimos 40 anos

1. O programa de rastreamento deve atender a uma necessidade reconhecida.
2. Os objetivos da triagem devem ser definidos no início.
3. Deve haver uma população-alvo definida.
4. Deve haver evidências científicas do programa de triagem eficácia.
5. O programa deve integrar educação, teste, clínica serviços e gestão de programas.
6. Deve haver garantia de qualidade, com mecanismos para minimizar riscos potenciais do rastreio.
7. O programa deve garantir escolha informada, confidencialidade e respeito pela autonomia.
8. O programa deve promover a equidade e o acesso à triagem para toda a população-alvo.
9. A avaliação do programa deve ser planejada desde o início.
10. Os benefícios gerais da triagem devem superar os danos.

FONTE: Beeres et al., 2018, p.3

O desacordo com essas normatizações se evidencia pelo caráter, por vezes compulsório de sua aplicação, e pelo objetivo de identificar e rejeitar os indivíduos que constituem uma ameaça sanitária à população de seu país, e os que tivessem doenças que pudessem representar um aumento de gastos para o sistema de saúde. Weekers e Siem (1997), se referindo à atuação do médico em um processo de solicitação de reassentamento, o descreveu como um “porteiro” (em inglês, gatekeeper), a serviço dos países de destino ou da Organização Internacional para Migração (OIM)²⁹⁶.

Todos os países de reassentamento que usam triagem obrigatória compartilham um raciocínio: protegendo as comunidades receptoras de infecções perigosas doenças. Historicamente, as estratégias de controle de doenças infecciosas criaram quarentenas e barreiras para viagens internacionais e imigração. [...] Dados coletados no rastreamento de imigrantes são usados para selecionar aqueles que são "saudáveis" ou rejeitar aqueles que não são "saudáveis" o suficiente. Eles raramente são usados para vigilância de doenças ou para fornecer cuidados de saúde de acompanhamento no país receptor. [...] Uma das principais razões pelas quais os países de reassentamento fazem a triagem de migrantes é controlar as despesas médicas. Alguns países rejeitam os migrantes

²⁹⁶ A Organização Internacional para Migração (OIM) é uma organização intergovernamental criada em 1951, que trabalha em parceria com os sistemas das Nações Unidas, outros órgãos intergovernamentais e organizações não governamentais (Weekers, Siem, 1997).

por nenhuma outra razão além da que eles podem exigir cuidados de saúde caros. [...] (Weekers, Siem, 1997, p.399).

De fato, não há um protocolo internacional para rastreamento de refugiados, e sim inúmeros protocolos, heterogêneos em seus alvos e exames utilizados. No entanto, em comum há o evidente foco em doenças transmissíveis, e uma menor preocupação como doenças crônicas não transmissíveis²⁹⁷, como Doenças Mentais²⁹⁸, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial (Tiittala et al., 2018; Hvass, Wejse, 2017)

O avassalador foco em doenças transmissíveis pode refletir que um incentivo central à implementação de programas de rastreamento de refugiados pode ser a preocupação com a propagação de doenças infecciosas para a população do país anfitrião, ao invés de uma iniciativa para melhorar o estado de saúde das populações refugiadas (Hvass, Weise, 2017, p. 481).

Com relação à preocupação em focar na identificação de doenças contagiosas entre os refugiados, a OMS (2016) busca desconstruir o mito do refugiado como uma “ameaça”, como um potencial vetor.

Apesar da percepção comum de que existe uma ligação entre a migração e a importação de doenças infecciosas, não existe uma associação sistemática. Os refugiados e migrantes estão expostos principalmente às doenças infecciosas comuns na Europa, independentemente da migração. O risco de que agentes infecciosos exóticos, como o vírus Ebola, sejam importados para a Europa, é extremamente baixo; a experiência mostra que, quando ocorre, afeta viajantes regulares, turistas e profissionais de saúde, em vez de refugiados ou migrantes. A triagem é recomendada nos pontos de entrada para identificar problemas de saúde em refugiados e migrantes logo após sua chegada. Devem ser feitos diagnósticos e tratamentos adequados e assegurados os cuidados de saúde necessários para grupos populacionais específicos (crianças, gestantes e idosos). Toda e qualquer pessoa em trânsito deve ter acesso total a um ambiente hospitalar, à prevenção (como vacinação) e, quando necessário, a cuidados de saúde de alta qualidade, sem discriminação com base em gênero, idade, religião, nacionalidade, raça ou status legal. Esta é a forma mais segura de garantir que a população residente não seja desnecessariamente exposta a agentes infecciosos importados. A OMS apoia políticas para fornecer serviços de saúde a migrantes e refugiados, independentemente de sua situação legal, como parte da cobertura universal de saúde (OMS, 2016).

²⁹⁷ Chama atenção a pouca preocupação como rastreamento de doenças crônicas, embora este também seja um problema significativo nas populações de refugiados (Doocy et al., 2015).

²⁹⁸ A partir do início do século XXI, reconhecemos a busca de instrumentos de rastreio de doenças mentais em refugiados (Galina et al, 2017; Ovitt, 2003; Shawyer et al, 2017; Bell et al, 2015; Shannon, 2014; Betancourt, 2017). Tal busca, se deu a partir da percepção da inadequação da utilização de instrumentos já disponíveis para a população geral, em refugiados, o qual, também estava longe de constituir um grupo homogêneo. Simultaneamente a essa busca, alguns autores (Pusseti, 2010; Knoblock, 2015; Santinho, 2012) apontaram para os perigos de uma patologização e medicalização da condição de refugiados. Um reflexo desse processo foi a proposição, pelo psiquiatra espanhol Joseba Achotegui (2009), de uma categoria nosológica própria para os refugiados, a Síndrome do Imigrante com Estresse Crônico ou Múltiplo, também chamada Síndrome de Ulisses, como uma alternativa a utilização de categorias psiquiátricas ocidentais, tais como o Transtorno de estresse pós-traumático para indivíduos com outros referenciais culturais.

Outro ponto de fragilidade é a necessidade de que as ações de rastreamento se pautem em evidências²⁹⁹ científicas de boa qualidade, o que nem sempre é uma realidade entre os protocolos construídos pelos diversos países (Sauffer et al., 2002; Hyass, Weisse, 2017). Segundo Hong et al. (2017, p.1), a utilização dos rastreamentos com um dispositivo de avaliação dos refugiados que buscam entrar nos EUA, tem se pautado mais no populismo e pela ideologia partidária do que em políticas de saúde pública “baseadas em evidências”.

A OMS, em 2016, se posicionou contrária a utilização dos rastreamentos para fins de “seleção”, vigilância e controle. No entanto, ela não tem o menor poder de impor sanções aos países violadores de uma boa prática na construção e execução dos rastreamentos.

A OMS não recomenda a triagem obrigatória de doenças em populações de refugiados e migrantes, porque não há evidências claras de benefícios (ou custo-efetividade); além disso, pode causar ansiedade nos refugiados individualmente e na comunidade em geral. A OMS recomenda fortemente, no entanto, que exames de saúde sejam oferecidos e fornecidos para garantir o acesso a cuidados de saúde para todos os refugiados e migrantes que necessitem de proteção sanitária. As verificações devem ser realizadas para doenças transmissíveis e DNTs [doenças não transmissíveis], respeitando os direitos humanos e a dignidade dos refugiados e migrantes. Os resultados da triagem nunca devem ser usados como razão ou justificativa para expulsar um refugiado ou migrante de um país. A triagem obrigatória pode impedir os migrantes de solicitarem um check-up médico, prejudicando assim a identificação de pacientes de alto risco (OMS, 2016).

Segundo Beeres et al. (2018), os critérios de qualidade dos programas de rastreamento definidos pela OMS, em 2018, deveriam incluir obrigações morais e cuidados éticos, garantindo, ao refugiado, direitos, tais como a autonomia e o direito à saúde.

O rastreamento é benéfico para os requerentes de asilo se não se limita apenas à identificação de doenças infecciosas, mas tem uma abordagem mais holística, focando nos problemas de saúde física e mental, incluindo a vacinação e programas de prevenção e informações acessíveis sobre o sistema nacional de saúde (Harris, Holm, 1995; Hargraves et al., 2009). [...] o processo de rastreamento requer que os benefícios para a sociedade receptora e a obrigação dos candidatos ao asilo de responder e participar ativamente no programa sejam equilibrados com os benefícios para a saúde daqueles rastreados, sendo

²⁹⁹ Segundo Mandalakas, e Menzies (2011) e Dasgupta, Menzies, (2005), apontam para a implementação de programas de rastreamento ultrapassados, tais como o rastreamento para tuberculose é amplamente realizado por serviços de imigração, embora o tratamento de infecção latente detectada nessa primeira avaliação possa requerer medidas coercitivas e eticamente questionáveis para maximizar o impacto e custo-efetividade.

o rastreio acompanhado por cuidados gerais de saúde adequados (Beeres et al. 2018, p.6).

Portanto, muitos dos aspectos que devem ser respeitados e garantidos para que um programa de rastreamento seja implementado em um país, não se aplica quando se trata de refugiados, sendo utilizado como uma ferramenta de discriminação, comprometendo princípios éticos universais (Weekers e Siem, 1997; François et al., 2008, Beeres et al., 2018; Faerstein, Trajman, 2017), sugerindo que tais investigações são de outra ordem, pautados por uma biopolítica, inspirada na vigilância. Desse modo, os refugiados são tratados como pessoas reduzidas à mera existência biológica, vidas nuas das quais nos fala George Agambem (2007). As ações de rastreamento parecem buscar, segundo Fassin³⁰⁰ (2001), a “verdade” sobre eles.

Desse modo, as ações de rastreamento de aproximam dos refugiados, inicialmente, nos campos de refugiados, e a seguir, como um dispositivo tecnológico que permitia detectar os que poderiam entrar no país, como um instrumento de vigilância sob corpos que podem “contaminar” os nacionais desses países. Como se sua simples existência constituísse por si só um “fator de risco”³⁰¹, que precisa ser detectado. Tais intervenções prescindem de legitimidade científica, e, enquanto ferramenta de discriminação, compromete princípios éticos universais (Weekers, Siem, 1997).

A justificativa para tais ações se sustentam na necessidade da vigilância, sem submeter-se a qualquer intervenção internacional que vá além de recomendações. Toda essa discussão nos remete a reflexões de Norberto Bobbio (1992), pois não basta termos uma Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados (1951) e uma instituição como o ACNUR, se tais recomendações não forem positivadas pelos diversos países.

³⁰⁰ Médico, antropólogo e sociólogo com trabalhos em campos de refugiados no Senegal, Equador, na África do Sul e na França, Didier Fassin aborda temas como humanitarismo, antropologia moral e as significações históricas, políticas e sociais das formas morais envolvidas nos julgamentos das ações cotidianas e nas relações internacionais.

³⁰¹ O termo “fator de risco” diz respeito a um aspecto do comportamento pessoal, a uma exposição ambiental ou a uma característica pessoal, biológica ou social em relação à qual existe evidência epidemiológica de que está associada à determinada condição relacionada com a saúde, condição essa que se considera importante prevenir. Numa linguagem mais simples, usa-se o termo “fator de risco” para descrever características (fatores) que estão associadas positivamente ao risco de desenvolvimento de doença, mas não são necessariamente fatores causais. Para David Armstrong (1995, 2012), o desenvolvimento da epidemiologia e do conceito de risco é parte de um projeto de poder disciplinar mais amplo, remetendo ao início do século XX. Esse projeto envolvia a extrapolação do controle social exercido pela atividade além do domínio do hospital e da clínica, alcançando diversos aspectos da vida cotidiana, através dos fatores de risco e dos testes para rastreamento de doenças. Após a Segunda Guerra, segundo o autor, essa “medicina de vigilância” teria sido fortalecida, graças à reformulação da relação entre sintoma, sinal e doença, e a localização do adoecimento fora do corpo (Armstrong, 1995; 2012). Jaime Breilh (2006), precursor da epidemiologia crítica, defendia uma ação epidemiológica mais dialética e democrática, defendendo a sua desconstruir e reconstruir.

[...] o problema grave de nosso tempo, com relação aos direitos do homem, não era mais o de fundamentá-los, e sim o de protegê-los. [...] Com efeito, o problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político. Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, qual é sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo mais seguro de garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados. [...] (Bobbio, 1992, p.25).

Em suma, o foco das ações de rastreamento implementadas junto aos refugiados será determinado pelos objetivos dessas ações, que variará com o local e contexto histórico. Enquanto nos campos de refugiados, em função do predomínio de crianças e mulheres, esses serão o público alvo, a partir da implementação de uma política de “não-entrada” de refugiados nos países do hemisfério norte, com um discurso xenofóbico reforçado pela mídia europeia em meio a uma diminuição do Estado, somado a uma automatização dos postos de trabalho, altos níveis de desemprego e ascensão de lideranças políticas de extrema direita, a criação de um inimigo externo era bastante útil, passando o dispositivo tecnológico a ser útil nesse detecção. Enquanto, mesmo quando instalados em países como Reino Unido, Canadá e Austrália, as ações de rastreamento oferecidas aos seus nacionais nem sempre farão parte do seu cardápio, em geral (Feuvre, 2001), limitado a doenças reconhecidas como ameaçadoras a sua segurança sanitária.

PARTE III

O CASO DOS REFUGIADOS SÍRIOS E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO

CAPÍTULO 5

DA GRANDE SÍRIA A REPÚBLICA ÁRABE SÍRIA EM GUERRA CIVIL

Estamos próximos de completar 10 anos desde o início da Guerra Civil na República Árabe Síria, e temos a impressão de que vivemos uma naturalização com relação a permanência desse conflito, e suas consequências dramáticas. No dia 2 de setembro de 2015, a foto do corpo de Aylan Kurdi, menino sírio de três anos, encontrado em uma praia do litoral da Turquia, percorre o mundo e causa uma comoção mundial, se transformando em símbolo do drama migratório. Aylan viajava com sua família e tinha partido da Síria com o objetivo de chegar ao continente europeu via ilha de Kos, na Grécia. A embarcação em que estava naufragou e matou 12 pessoas, entre elas seu irmão Ghalib, de 5 anos, e sua mãe.

Foto 18 - Corpo de criança de 3 anos foi encontrado afogado em uma praia na Turquia

FONTE: Reuters Internacional _03/09/2015.

Disponível em: <https://noticias.r7.com/internacional/menino-morto-em-praia-que-se-tornou-simbolo-da-crise-migratoria-fugia-de-cidade-dominada-pelo-estado-islamico-03092015>

Desde então, o número de morto no Mar Mediterrâneo, ao tentar atravessá-lo em embarcações lotadas e inseguras, não para de crescer. E os sírios permanecem sendo o maior contingente dessas vítimas, tentando refugiar-se em outro país. Segundo balanço da ONG Observatório Sírio para Direitos Humanos (OSDH)³⁰², publicado em janeiro de 2020, desde 2011, aproximadamente 380 mil pessoas morreram nesse pequeno país árabe no sudoeste asiático, localizado no centro do Oriente Médio, banhado pelo Mar Mediterrâneo.

Essas estatísticas, documentadas pelo Observatório Sírio de Direitos Humanos, não incluem os quase 88.000 civis mortos sob tortura nos centros de detenção e prisões do regime de Bashar al-Assad. [...] Além disso, as operações militares em andamento, bombardeios, bombardeios e várias explosões feriram mais de 2.000.000 de civis sírios com diversos ferimentos, ferimentos e incapacidades permanentes. Cerca de 12 milhões de outros civis, incluindo centenas de milhares de crianças e mulheres, foram deslocados. Infraestrutura, hospitais, escolas e propriedades públicas e privadas foram substancialmente danificados ou destruídos (dados divulgados no site do Observatório Sírio para Direitos Humanos - OSDH³⁰³, publicado em 4 de janeiro de 2020).

³⁰²Informação acessada no site do Observatório Sírio para Direitos Humanos: <https://www.syriahr.com/en/152189/>

³⁰³Informação acessada no site do Observatório Sírio para Direitos Humanos: <https://www.syriahr.com/en/152189/>

Mapa 4- A Síria em Diversas Perspectivas- no Mundo, na Ásia e Decomposta em Cidades

FONTE: https://br.freepik.com/vetores-premium/mapa-da-siria_2192046.htm

A população síria está concentrada nas partes oeste e norte do país, próximo às fronteiras com o Líbano e Turquia e ao longo do litoral do Mar Mediterrâneo. Nessas regiões localizam-se seus maiores centros urbanos, tais como, a capital Damasco e as cidades de Aleppo, Horms e Hamah, onde estão ocorrendo os maiores conflitos da Guerra Civil. Com exceção de Damasco, onde o governo ainda tem o controle espacial, nas outras cidades citadas, os equipamentos urbanos foram gravemente destruídos e a população, em sua maior parte, evacuada (ACNUR, 2019).

Foto 19 - Aspecto da cidade Homs, antes (2011) e depois da guerra (2014).

FONTE: Lucena (2017, p.141)

Quanto ao regime político, é republicano parlamentar, porém, com a ascensão do regime autoritário e autocrático da família Assad a partir de 1970, o parlamentarismo perdeu força em relação ao poder executivo, tornando-se uma ditadura, onde as eleições são fictícias. Apresenta-se como um governo laico, embora não hesite em fazer alianças e manipulações sectárias se isso lhe convier. Conforme análise feita por Mohammad Dibo em artigo publicado no site da ONG britânica Open Democracy, em 2014:

A manipulação do sectarismo foi um dos métodos usados pelo regime sírio para preservar seu controle ao longo de décadas. A interdição contra os discursos sectários, sob o pretexto de nacionalismo e secularismo, foi apenas um disfarce para as práticas autoritárias e sectárias de seus órgãos de segurança. [...] (Mohammad Dibo em artigo publicado site da ONG britânica Open Democracy, em 2014).

Com relação a economia nacional, sua indústria é pouco desenvolvida, sendo a principal fonte de receitas a exploração de petróleo e gás natural, com forte participação³⁰⁴ russa e chinesa. Outra atividade fundamental é a agricultura, com foco no cultivo de azeitona, frutas, legumes, verduras e algodão (Lucena, 2017, p.31-34).

Uma característica marcante da sociedade síria é a sua diversidade étnico-religiosa. Os dados sobre a proporção exata de cada componente irão variar, haja vista que o último censo ocorreu em 1960. Com base nas projeções feitas pelo demógrafo Courbage (2012), há um predomínio de árabes muçulmanos sunitas (72,8%).

³⁰⁴ Com relação à exploração do petróleo, há uma forte participação de empresas internacionais, como a russa Gazprom e a chinesa China Nacional Petroleum Corporation em sociedade com a empresa estatal síria General Petroleum Corporation (Lucena, 2017).

Tabela 6 - Distribuição da População Síria- 2012

Grupo	Em milhões	%
1- Grupos	Mulçumanos	Árabes
Sunitas	15,8	72,8
Alaouitas	2,2	10,2
Drusos	0,4	1,8
Ismaelis	0,2	0,9
Xiitas	0,08	0,4
2- Grupos	Mulçumanos	Não-Árabes
Curdos (sunitas, não-árabes)	1,8	8,3
Circassianos (sunitas, não-árabes)	0,08	0,3
Turquemenos (sunitas, não árabes)	0,1	0,6
Iazidis (sunitas, não árabes)	0,02	0,1
	Cristãos	
Cristãos	1	4,6
Total	21,6	100

FONTE: Courbage, 2012, disponível em: <http://www.slate.fr/story/62969/syrie-guerre-demographie-minorites>

Diante da continuidade do conflito, em 2019, a Síria foi responsável pela maior população de deslocados forçado do mundo, 13,2 milhões de pessoas, incluindo 6,6 milhões de refugiados³⁰⁵ e mais de 6 milhões de deslocados internos (ACNUR, 2019). Se levarmos em consideração que, segundo o Banco Mundial³⁰⁶, a população na Síria

³⁰⁵ Entre 2006 e 2012 a Síria era um dos principais países receptores de refugiados, tendo recebido mais de 1 milhão de refugiados iraquianos (ACNUR, 2006-2012).

³⁰⁵ Apenas um ano após o início da Guerra Civil na Síria, ou seja, a partir de 2012, esse país já podia ser identificado entre os principais geradores de refugiados no mundo, ocupando o quarto lugar (ACNUR, 2012). Contudo, desde 2014 a Síria assume o primeiro lugar nesse ranking, lugar que mantém até hoje (ACNUR, 2014-2019).

³⁰⁶ Informação acessada no site do Banco Mundial: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=SY>

antes do início dos confrontos era de aproximadamente 21 milhões de habitantes, temos quase dois terços (63%) da população do país deslocada desde então.

Gráfico 10 - Evolução no número de refugiados por país de origem-2010-2019

FONTE: confeccionado pela autora a partir de dados do Acnur (2010-2019).

Os impactos da Guerra Civil sobre o sistema de saúde sírio são devastadores, com aproximadamente 60% dos hospitais danificados, sendo que 36 % deles foram completamente destruídos. Além disso, metade dos médicos abandonou o país (Al Faisal et al. 2012; Kherallah et al., 2012). O resultado da interrupção da rotina de imunização pode ser identificado no fato de que muitos sírios, seja na condição de deslocados internos, ou refugiados nos países vizinhos, passaram a apresentar infecções por sarampo e poliomielite, doenças preveníveis pela vacinação (Sharara, Kanj, 2014; Nimer, 2018).

Sobre os impactos sobre a assistência à saúde na Síria, segundo Kherallah et al. (2012):

[• O acesso aos cuidados de saúde é severamente restrito, dificultado por fatores de segurança. Serviços de saúde materno-infantil no nível da atenção primária à saúde (APS) são interrompidos. As consequências para a morbidade materna e infantil e mortalidade, entre os partos ocorridos durante o período de conflito permanece obscuro.

• As preocupações específicas permanecem para os doentes com doenças crônicas, que tiveram o acompanhamento médico descontinuados. [...]

• A qualidade dos cuidados de saúde foi ainda mais afetada pela deterioração na funcionalidade do equipamento médico devido à falta de peças de reposição e falta de manutenção de medicamentos e suprimentos médicos devido a sanções (Kherallah et al, 2012, p.51,52)

Ao ultrapassarem as fronteiras da Síria, segundo dados atualizados pelo ACNUR em 14 de outubro de 2020, a maior parte dos refugiados encontram-se distribuídos pelos países vizinhos, tais como a Turquia (65,1%) seguido pelo Líbano, Jordânia, Iraque e Egito. Nesses países, a quase totalidade (94,6%) encontra-se fora de campos de refugiados, em áreas urbanas, periurbanas ou rurais, vivendo em péssimas³⁰⁷ condições de vida.

Mapa 4 - Distribuição dos refugiados sírios por país de destino- 2020

FONTE: <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria>, consulta em 26 out.2020

Tomando como inspiração Milton Santos (1997), que nos lembra que o espaço constitui, enquanto dimensão histórica, uma “acumulação desigual de tempos”, apontaremos, a seguir, os principais marcos no processo de formação histórico-territorial da Síria. Além disso, discutiremos os rumos tomados pelo país a partir de sua independência, em 1946. Sobretudo a partir do início da ditadura da família Assad, em

³⁰⁷ Nove em cada dez refugiados sírios vivem em comunidades de acolhimento em áreas rurais e urbanas em países vizinhos. Na Jordânia, 80% dos refugiados sírios que vivem fora dos campos encontram-se abaixo da linha de pobreza. No Líbano, cerca de 60% das famílias de refugiados sírios vivem em pobreza extrema com menos de US\$ 2,87 por pessoa por dia (ACNUR, 2019).

1970, passando pelos movimentos civis da Primavera Árabe, em 2010, e a eclosão e permanência da Guerra Civil, em 2011.

5.1 Principais Marcos Relativos à Formação Histórico-Territorial da Síria

5.1.1 A Grande Síria sob domínio do Império Otomano³⁰⁸

A formação histórico-territorial da República Árabe Síria está ligada aos processos de expansão de impérios antigos, tais como os Romanos, Gregos e Pérsios, sobretudo do Império Otomano, e de potências europeias contemporâneas, principalmente a França. Foi no século XVI³⁰⁹, mais especificamente no ano de 1516, que se iniciou a longa dominação pelo Império Otomano sob um extenso território hoje ocupado pela Síria, Líbano, Israel, Territórios Palestinos, Jordânia, e Sudoeste da Turquia (Cleveland, Bunton, 2018; McHugo, 2014). Esta região era conhecida em árabe como *Bilad al Shaam* que significa “as cidades de Shaam”, e que foi traduzida no mundo ocidental como “Grande Síria” ou simplesmente “Síria” (Hourani, 1994; McHugo, 2014). Segundo Quataert (2000), a posição estratégica dessa região, permitindo o controle do fluxo marítimo nos estreitos que ligam o Mar Negro ao Mar Mediterrâneo e o rico comércio entre Ásia, África e Europa, seria, ao mesmo tempo, a maior força e maior vulnerabilidade deste Império.

³⁰⁸ A origem da nomenclatura Império Otomano ou Império Turco-Otomano tem suas raízes no fato de que no século XIII, um povo de etnia turca originário das estepes da Ásia Central se converteu ao Islã e passou a ser liderado pela dinastia de Osman que ficou conhecida pelo nome de Osmanli, em turco, ou Othman, em árabe (Hourani, 1994). Nesta tese adotaremos a nomenclatura Império Otomano.

³⁰⁹ O século XVI representou o auge da expansão territorial do Império Otomano, abrangendo o Norte da África, o sudeste da Europa e o Oriente Médio, aproveitando-se do enfraquecimento do Império Bizantino, de principados cristãos e de outras tribos muçulmanas (Quataert, 2000).

Mapa 5 - A Grande Síria do Império Otomano- Século XVI

FONTE: Defense Update. Disponível em: https://defense-update.com/20080528_greater-syria-ambition.html

Com relação a relevância e o controle sobre as províncias sírias por parte do Império Otomano, nos conta Hourani (1994, 2005):

À medida que o império se expandia, grandes e pequenas províncias lhe eram acrescentadas pouco a pouco e sem consistência, mas no século XVI o sistema de províncias foi reorganizado e recebeu a forma que reteve, nos seus aspectos essenciais, até o século XIX. O império era dividido em províncias, cada uma regida por um governador ou paxá, cujo grau hierárquico era variável (*bashar*, *vizir*), diretamente responsável perante o governo central. Com variações de tempos em tempos, havia quatro províncias no que hoje é o Iraque – Basra, Bagdá, Mosil e Shahrizor – quatro na Síria geográfica – Aleppo, Damasco³¹⁰, Trípoli e Sidon -, duas na Arábia Ocidental- o Hejaz e Argel. [...] Nas províncias mais distantes, o equilíbrio entre os elementos centrais e locais logo pendeu em favor dos segundos. [...] As províncias sírias e iraquianas eram controladas mais de perto pelo menos no período da grandeza otomana. Eram demasiado importantes para que pudessem fugir de controle: Damasco por ser a cidade a partir da qual era organizada a Peregrinação, a grande manifestação ortodoxa otomana, Aleppo como centro do comércio internacional, Bagdá porque desse ponto as fronteiras com a Pérsia deveriam ser defendidas. Mas apenas as grandes cidades, o litoral, os vales de rios e as planícies perto das cidades eram efetivamente controladas. [...] (Hourani, 2005, p.52,53).

A Síria era estreitamente ligada ao resto do Mediterrâneo Oriental por rotas marítimas que partiam de seus portos e por uma rota de terra que corria ao longo da costa até o Egito; para o interior, ligava-se também à Arábia Ocidental, e, por rotas que atravessavam o Hamad ou contornavam sua margem norte, e terras a leste. A combinação de comércio a longa distância com a produção de um excedente de alimentos e matérias-primas tornara possível o surgimento de grandes cidades que ficavam nas planícies interiores,

³¹⁰ Damasco é reconhecida como umas cidades mais antigas continuamente habitadas no mundo. Inicialmente, há muitos milênios, a cidade era chamada de Shaam (McHugo, 2014, loc. 621).

mas ligadas com a costa _ Aleppo no norte e Damasco no centro (Hourani, 1994, p.108).

O vasto território otomano se caracterizava por um pluralismo étnico e religioso. A diversidade étnica, segundo Hourani, 2005, não era uma preocupação para o governo otomano, até que a partir do século XIX tivessem início movimentos separatistas. Por outro lado, a diversidade religiosa era uma questão importante, sobretudo porque a religião tinha um forte papel identitário nessa região. De modo geral, havia uma maioria árabe muçulmana sunita, representando aproximadamente 70% da população. Porém, havia também seitas minoritárias do Islã, tais como os xiitas, alauítas, e drusos, os quais, em geral se refugiavam nas costas das montanhas da Grande Síria. Quanto as minorias não muçulmanas, predominavam os cristãos, seguidos dos judeus. No século XVI, os cristãos representavam um terço da população da Grande Síria, e se mantiveram numerosos, representando 20 % da população em 1914 (McHugo, 2014, loc. 738).

Com relação ao relativo controle sobre as minorias religiosas, muitos autores (Lewis, 1996; Massoulié, 1994; Quataert, 2000, Cleveland, Bunton, 2018; McHugo, 2014) apontam para importância da estratégia do governo otomano de estimular a formação de comunidades político-religiosas, denominadas *millet*. Estas comunidades tinham autonomia e liberdade religiosa, mantendo seus próprios sistemas educacionais religiosos, sendo administrados por pessoas da própria comunidade.

Demand (2011) reconhece a importância dos sistemas dos *millets* permitindo a coexistência de vários grupos dentro de uma mesma estrutura político-econômica, porém sinaliza para tensionamentos latentes, que se acentuarão no decorrer dos séculos XVIII e XIX.

[...] As seitas tinham seus preconceitos recíprocos e pouco socializavam entre si, mas, em geral, mantinham a paz interna. Contudo, os *millets* provocavam também a formação de guetos sociais. Sua posição ambígua, politicamente vulnerável, mas na vanguarda educacional e econômica, tornava-os alvo de inveja dos sunitas - a massa muçulmana que, na teoria, constituía a coluna vertebral e o orgulho do império, mas cujos *fellahin* (camponeses) e artesãos estavam na prática entre os mais pobres e explorados. Tal situação piorou com a integração otomana ao mercado global. No século XIX, as tensões aumentaram e as relações intercomunitárias deterioraram. Na era do surgimento dos nacionalismos, as minorias aceitaram cada vez menos sua posição desigual, e começaram a traduzir sua identidade religiosa em termos nacionalistas. As igrejas-nação se tornaram incubadoras de sentimentos nacionalistas, e acolheram os novos movimentos que buscavam mais privilégios, mais autonomia e até independência para seus conacionais na secessão do império. Em outras palavras, os *millets* se transformaram em

entidades protonacionais. [...] Esse processo coincidiu com a penetração imperialista ocidental dentro do império, o que o enfraqueceu ainda mais. Assim, o pluralismo do *millet*, outrora avançado em seu tempo, virara obstáculo na disputa com o Ocidente. (Demant, 2011, loc. 72, 73).

A partir do século XVI ocorrerá uma gradual interligação entre as economias europeia e otomana, muito facilitada pela implementação das Capitulações³¹¹. Com o desenvolvimento industrial dos séculos XIX e XX, as disputas entre a Inglaterra e a França por mercados consumidores e fornecedores de matérias primas, se intensificaram, sendo o Oriente Médio um lugar bastante cobiçado. Sobre as ambições imperialistas europeias, e seus impactos sobre o Império Otomano nos fala Hobsbawn (2017):

A maioria das regiões remotas do império [Otomano], no norte da África e no Oriente Médio, não estava mais submetida de maneira regular e efetiva ao governo otomano há muito tempo. Agora, cada vez mais, se não quase oficialmente, essas regiões passavam para as mãos dos imperialistas britânicos e franceses (Hobsbawn, 2017, p. 432).

Desse modo, foi se consolidando as relações comerciais francesas na região da Grande Síria, estabelecidas diretamente com as comunidades cristãs, e o investimento em infraestrutura urbana e ferrovias. Assim, sobretudo durante o século XIX intensificou-se a circulação de pessoas e mercadorias nessa região, de privilegiada localização.

[...] Como o navio a vapor, o telégrafo e a ferrovia tornaram a Grande Síria mais acessível no século XIX, visitantes de todo o Mediterrâneo vieram a escançar os esplendores de seus templos arruinados, anfiteatros, colunas e túmulos. [...] Os europeus também vieram para o comércio, particularmente para os portos e para o grande entreposto de Aleppo, uma cidade rica, mais cosmopolita e, e, vários períodos, maior que Damasco. A Grande Síria tinha sido o extremo ocidente da antiga rota da seda e as mercadorias do leste ainda eram transportadas para a Europa através do vale do Eufrates antes de serem levadas por camelo e mula para Aleppo e seu porto de Alexandretta ao lado de Antioquia. [...] Além disso, com o passar do século XIX, seda, algodão, tabaco e grãos foram cultivados para exportação para a Europa. (McHugo, 2009, loc. 675).

³¹¹ Um facilitador para a implementação das ambições expansionistas do capital mercantil europeu foram as “Capitulações”, estratégia adotada pelo Império Otomano no século XVI. A França protagonizou o primeiro acordo de capitulação, em 1536, o que permitiu que os comerciantes franceses negociassem livremente nos portos otomanos, e fossem isentos de impostos e importassem e exportassem mercadorias a baixas taxas tarifárias. Estes contratos viabilizavam e estimulavam que os estrangeiros estabelecessem relações comerciais diretamente com as províncias otomanas. Desse modo, os franceses passaram a implantar diversos pontos comerciais na região, interagindo diretamente com as minorias cristãs sírias, que eram responsáveis por essas atividades, prescindindo da participação do governo otomano. Esses tratados comerciais estabelecidos com países europeus, facilitando a penetração de produtos manufaturados europeus no mercado local, estabeleceram uma concorrência que trouxe consequências devastadoras para a economia otomana, agravadas a partir do século XIX. Para Massoulié (1994, p.13), foram as Capitulações que possibilitaram que os europeus conseguissem a conquista desse império colossal que irá tornar-se, no século XVIII, o “homem doente da Europa”. A expressão “o homem doente da Europa” para se referir ao Império Otomano ficou bastante conhecida depois que o Czar Nicolau I a teria usado em conversa com o embaixador britânico em São Petersburgo em 1853, logo depois da Guerra da Criméia (1853-1856). Esta expressão passou a ser comumente usada para designar a perspectiva de que o Império Otomano, militarmente defasado, iria fatalmente se extinguir, com seus territórios sendo partilhados entre as Grandes Potências (Figes, 2010, p.105, apud Santos, 2018, p.7).

Com relação a interação entre os interesses econômicos e a ingerência política, segundo Hobsbawm (2017), o que se dava no Império Otomano era resultado das ambições imperialistas de países europeus, sobretudo da Inglaterra e da França, que a partir da penetração econômica, ávidos por mercados para seus produtos, gradualmente solaparam as estruturas locais dos países que pretendiam explorar, instabilizando-os política e militarmente.

Sobrepunha-se aos interesses geopolíticos e econômicos, a ideia de uma certa superioridade cultural do Ocidente sobre o Oriente, constituindo a base do que Edward Said chamou de *orientalismo*³¹², enquanto doutrina política imposta ao Oriente. Esta representação tem suas raízes no início do século XIX, sendo essencialmente etnocêntrica, racista e imperialista³¹³. Construía-se, assim, uma justificativa que tentava tornar palatável as intervenções europeias nesta região, e que, unicamente, atendiam à interesses geopolíticos e econômicos colonialistas (Said, 1990, 2011).

Juntamente com todos os demais povos variadamente designados como atrasados, degenerados, incivilizados e retardados, os orientais eram enquadrados em uma estrutura concebida a partir do determinismo biológico e da admoestação político-moral. O Oriente foi assim ligado a elementos da sociedade ocidental (delinquentes, loucos, mulheres, pobres), que tinham em comum uma identidade que era mais bem descrita como lamentavelmente estrangeira. Os orientais raramente eram vistos ou olhados; a visão passava através deles, e eram analisados não como cidadãos nem como povo, mas como problemas a serem resolvidos, ou confinados, ou - posto que as potências ocidentais cobiçavam abertamente o território deles - conquistados. A questão é que a própria designação de uma coisa como oriental envolvia um juízo de valor já emitido, e, no caso dos povos que habitavam o decadente Império Otomano, um programa de ação implícito. Posto que o oriental era membro de uma raça subjugada, ele tinha de ser subjugado: era simples assim (Said, 1990, p.213,214).

Por outro lado, sobretudo, a partir da segunda metade do século XIX, estava em curso no Império Otomano, principalmente na Grande Síria, uma efervescência de ideias de diferentes matizes que passavam a circular, facilitadas por circunstâncias variadas. Circulavam no império os ideais revolucionários do liberalismo e do nacionalismo que

³¹² O *orientalismo* é o termo genérico que tenho empregado para descrever a abordagem ocidental do Oriente; é a disciplina por meio da qual o Oriente é abordado sistematicamente, como um tema de erudição, de descoberta e de prática. Mas, além disso, a palavra serve para designar aquela coleção de sonhos, imagens e vocábulos disponíveis para que qualquer um que tenha tentado falar sobre o que está ao Leste da linha divisória. O auge da criação de instituições e conteúdo do *Orientalismo* coincide com o período de expansão do domínio colonial europeu pelo mundo, entre 1815 e 1914, quando passou de 35% para cerca de 85 % (Said, 1990, p.51, 82).

³¹³ Said (1990, p.21) chamou atenção para o fato da França e Grã-Bretanha terem tido uma longa tradição na construção de ideais de subalternidade do Oriente com relação ao Ocidente. Tratavam-se, exatamente, de países que desde o início do século XIX até o final da Segunda Guerra Mundial, dominavam áreas importantes do Oriente, sendo os maiores possuidores de colônias ao redor do mundo.

estavam presentes na Europa, transformando de modo implacável a relação entre o governo otomano e as diversas comunidades a ele subordinadas. As escolas missionárias católicas e protestantes, que ofereciam educação para cristãos, e mais tarde, para muçulmanos, facilitavam o contato com outras formas de pensar. Havia também aspirações latentes de reconstituir uma dita unidade árabe existente antes da dominação otomana no Oriente Médio, ou até de uma possível unidade mais restrita à Grande Síria. Outro fato muito importante e grande facilitador desse processo foi a expansão do sistema de ensino e de comunicações, além da implementação do ensino da língua árabe nas escolas do governo, possibilitando a criação de uma cultura árabe escrita que, no final do século XIX, tomou a forma de um explícito nacionalismo árabe (Hourani, 2005, p. 276, 277).

Sendo assim, não eram apenas mercadorias e pessoas que passavam a circular no Império Otomano, havia também ideias de matizes variadas, de cunho político e cultural. Este processo dinâmico nos remete ao conceito de circularidade cultural formulado pelo historiador italiano Carlo Ginzburg³¹⁴ (2006), nos ajudando a perceber a complexidade do que estava em curso no Império Otomano, rompendo com uma ideia dicotômica de oriente e ocidente, e do oriente como um espaço homogêneo e uniforme.

Assim, o Império Otomano chegará às vésperas da Primeira Guerra Mundial bastante debilitado em termos militares, econômicos, com perda de soberania do governo central sobre seu território, experimentando instabilidades internas³¹⁵, e com movimentos separatistas. As medidas reformistas³¹⁶ de caráter centralizador, com a intenção de reassumir o comando, implementadas pelo governo otomano em meados do século XIX,

³¹⁴ Carlo Ginzburg é um ícone da micro-história italiana, autor do conceito de circularidade cultural e reconhecido por fazer uso do método indiciário com grande habilidade (Vainfas, 2002). O conceito de circularidade cultural se refere ao que existiu entre a cultura de classes dominantes e a das classes subalternas, na Europa pré-industrial, onde se deu um relacionamento circular feito de influências recíprocas, que se movia de baixo para cima, bem como de cima para baixo (Ginzburg, 2006, p.10).

³¹⁵ Um momento de grande instabilidade interna no Império Otomano ocorreu em 1860, com um grande massacre de cristãos pelos muçulmanos, o que fez com que muitos emigrassem principalmente para a América do Norte e América do Sul. Nesse fluxo, muitos vieram para o Brasil, especificamente para as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, onde se estabeleceram no comércio (Khoury, 2013). No final do século XIX, os árabes, denominados Sírios e Trucos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000) eram a quinta principal nacionalidade no final do século XIX. Os imigrantes frequentemente generalizados como árabes ou turcos tinham diversas origens como Síria, Líbano, Turquia, Iraque, Egito e Palestina. Porém, devido ao domínio Otomano na origem, muitos desses imigrantes viajavam com passaporte turco, por isso também eram assim chamados (Truzzi, 1992).

³¹⁶ Essas reformas ficaram conhecidas como *Tanzimat* ("reorganizações") e se referiam a dois decretos imperiais promulgados em 1839 e 1856. Entre as proposições estava a extinção dos millets, e a proposta de que os cristãos também deveriam servir ao exército (Quataert, 2000, p.90).

buscando fazer frente ao progressivo declínio do império e à intervenção estrangeira, não tiveram sucesso, enfrentando fortes resistências³¹⁷ (Santos, 2018).

Nesse momento, o encolhimento territorial do Império Otomano era dramático, se reduzindo-se a uma estreita zona na Trácia³¹⁸ europeia, à Anatólia e a Mashriq árabe (que corresponde a Arábia Saudita, Síria, Iraque e Líbano) (McHugo, 2014, loc. 661). Em 1914, eclode a Primeira Guerra Mundial, e o combalido Império entra na Guerra apoiando a Alemanha. Enquanto isso, representantes dos governos francês e britânico³¹⁹ se reuniam para decidir sobre a divisão antecipada do espólio do Império Otomano.

Desse modo, foi assinado, em 1916, o “Acordo Sykes-Picot”³²⁰, que segundo o historiador britânico, James Barr³²¹ (2008), essencialmente “traçou uma linha na areia” entre as províncias de Acre e Kirkuk, ficando o norte com a França e o sul com a Inglaterra. Demand (2011, loc.115) chamou a essa partilha de uma “cirurgia territorial”, apontando para a insatisfação síria com a separação do Líbano e de seus vizinhos árabes, como a Palestina e a Jordânia. De acordo com os termos dos mandatos, formalmente concedidos pela Liga das Nações em 1922, a Grã-Bretanha seria responsável pelo Iraque e Palestina, e a França pela Síria³²² e o Líbano (Hourani, 1994, p.321).

³¹⁷ Os muçulmanos identificavam as reformas como resultados da influência estrangeira e favoráveis ao cristãos e as consideravam contrárias à lei islâmica. Por outro lado, os não muçulmanos, preferiam não abandonar seus direitos específicos em nome de uma igualdade pois temiam perder a proteção das potências europeias e sofrer perseguições (Santos, 2018, p. 41,42).

³¹⁸ A Trácia é uma região histórica do sudeste da Europa. Antiga região da Macedônia. Atualmente é dividida entre a Grécia, Turquia e a Bulgária.

³¹⁹ Ao mesmo tempo a Inglaterra prometia, também secretamente, a Husseyn e a seus filhos, a criação de um “Estado Árabe” unificado, que se estenderia do Iraque ao Líbano, e da Península Arábica até a fronteira norte com a Turquia, em troca do seu apoio árabe para expulsar as forças turcas da região. Embora tenha acontecido a revolta Árabe de 1916, liderada por Hussein, Xerife de Meca, da família Hachemita, os ingleses não honraram o combinado (Zahreddine, 2013, p.7).

³²⁰ O nome do acordo tem como referências os diplomatas envolvidos, ou seja, Mark Sykes, britânico, e François George-Picot, francês.

³²¹ Em seu livro *Incendiando o deserto: TE Lawrence e a Guerra Secreta da Grã-Bretanha na Arábia, 1916-1918* (em inglês, *Setting the Desert on Fire: T. E. Lawrence and Britain's Secret War in Arabia, 1916-1918*), o historiador britânico, James Barr (2008) traça metodicamente as ramificações perniciosas da rivalidade franco-britânica na Síria e no Líbano após a Primeira Guerra Mundial.

³²² Houve uma tentativa de criação de uma monarquia com independência total da França sob a liderança do Faysal, Filho do Husayn, porém, os franceses conseguiram suprimir tal tentativa fundando duas entidades políticas, o Estado da Síria e do Líbano (Hourani, 1994).

Figura 14 - Acordo de Sykes-Picot

FONTE: Palestinian Academic Society for the Study of International Affairs (PASSIA) (Disponível em: <http://ieg-ego.eu/en/threads/transnational-movements-and-organisations/en/mediainfo/the-sykes-picot-agreement-of-1916>)

5.1.2 A colonização francesa na Síria

Tendo sido o saldo da Primeira Guerra Mundial, a derrota do Império Otomano, o desdobramento do Acordo de Sykes-Picot foi o início na década de 1920, da colonização francesa sobre a Síria, oficialmente suavizado pelo eufemismo de um “Mandato” francês, disfarçando os seus reais interesses coloniais na região: utilizá-los como mercado onde suas empresas coloniais poderiam fazer negócios em termos preferenciais (McHugo, 2014, loc. 1225). A retórica imperialista de que a um país europeu caberia uma “missão civilizatória”, lhe sendo confiado a “tutela” de povos oriundos do desmantelamento do Império Otomano até a “maioridade”, está expresso no artigo 22 da Convenção da Liga das Nações, em 1919:

Convenção das Liga das Nações

Artigo 22

1- Para aquelas colônias e territórios que, como consequência da guerra tardia, deixaram de estar sob a soberania dos Estados que anteriormente os governavam e que são habitados por povos que ainda não são capazes de se sustentar nas difíceis condições do mundo moderno, deve ser aplicado o princípio de que o bem-estar e o desenvolvimento de tais povos constituem um sagrado patrimônio da civilização e que as garantias para o desempenho desse dever devem ser incorporadas a este Pacto.

2-O melhor método de dar efeito prático a este princípio é que a tutela de tais povos devem ser confiada a nações avançadas que, por causa de seus recursos, sua experiência ou sua posição geográfica, podem assumir melhor essa responsabilidade e que estão dispostos a aceitá-la, e que esta tutela deve ser exercida por eles como Mandatários em nome da Liga. [...]

3 - O caráter do mandato deve diferir de acordo com o estágio de desenvolvimento da população, a situação geográfica do território, suas condições econômicas e outras circunstâncias semelhantes.

4 - Certas comunidades que outrora pertenciam ao Império Otomano, atingiram tal grau de desenvolvimento que sua existência como nações independentes pode ser reconhecida provisoriamente, com a condição que os conselhos e o auxílio de um mandatário guiem sua administração até o momento em que forem capazes de se conduzirem sozinhas. Os desejos dessas comunidades devem ser tomados em primeiro lugar em consideração para escolha do mandatário (Convenção das Liga das Nações, 1919, artigo 22).

É possível reconhecer no trecho acima, a representação de um Oriente inferiorizado, subalterno, escamoteando o projeto de submissão dos povos colonizados, que não sabiam cuidar-se por conta própria. Assim, os interesses geopolíticos e econômicos eram transvestidos de uma retórica de desqualificação do Oriente e de uma certa superioridade cultural do Ocidente sobre o Oriente, buscando tonar essa dominação mais palatáveis, pois seria “necessária” (Said, 1990, p.15).

Com relação a gestão francesa na Síria, a estratégia foi a de “dividir para reinar”, reforçando rivalidades³²³ e lealdades sectárias através de um domínio político-territorial pautado em fragmentações que minariam a consolidação de um sentimento de unidade nacional, prevenindo e suprimindo a ascensão do nacionalismo árabe (Cleveland, Bunton, 2018; Tomás, 2014).

Assim, após um censo realizado pela França em 1921, deu-se a divisão em seis províncias, onde o aspecto confessional seria central para a criação dos futuros “Estados” (Zahreddine, 2013, p.7). Cada um destes Estados estaria sob o controle de uma elite confessional, tutelada pela França, organizando-se do seguinte modo: duas províncias

³²³ Segundo Tomás (2014, p.7), essa diversidade étnico-religiosa será uma permanência ao longo dos próximos anos, sendo fundamental para a compreensão da queda do Império Otomano no final do século XIX, o modo como a França irá se aproveitar dessas polarizações internas durante o seu mandato na Síria, até a eclosão e permanência da Guerra Civil, em 2011.

eram de maioria Sunita (Estado de Aleppo e Estado de Damasco), uma de maioria Drusa (Estado de JabalDruze³²⁴), uma de maioria cristã (Grande Líbano), um Estado de maioria Alauita (Estado Alauita) e uma província autônoma de maioria turca (Sanjak – Alexandreta). Com exceção do Grande Líbano que deu origem ao Líbano, em 1943, os outros Estados criados pela França, foram incorporados à Síria durante o processo de independência em 1946.

A vida social e política em Damasco, Aleppo, Homs e Hama era dominada por comerciantes e latifundiários muçulmanos sunitas, isolando³²⁵ os drusos e alauítas da vida pública (Grainger, 2016). Desse modo, o poder político seria dominado por uma elite conservadora de sunitas urbanos. A instabilidade política destrutiva que veio caracterizar a Síria após a independência, em 1946, foi em grande parte, uma consequência da fragmentação praticada pelas autoridades francesas (Cleveland, Bunton, 2018).

Mapa 6 - “Grande Síria” _ Mandato Francês- 1920

FONTE: Zahreddine, 2013, p.9

³²⁴ *JabalDruze* é uma transliteração do árabe que significa montanha Drusa, ou montanha dos Drusos. Esta minoria religiosa ocupou áreas montanhosas do Líbano e da Síria, em função das perseguições que sofreu de outras ramificações do Islã, semelhante ao caso dos Alauítas na Síria e dos Cristãos maronitas no Líbano, que também se caracterizaram por ocupar áreas montanhosas (Zahreddine, 2013, p.9).

³²⁵ A intenção dos franceses era de que esses dois grupos formassem entidades administrativa independentes com um representante sírio sob autoridade francesa (Grainger, 2016).

Sobre o impacto dessa fragmentação religiosa no futuro da Síria, segundo Khoury (1987), essa divisão religiosa fortaleceu o sectarismo político e social no território, distanciando os diferentes grupos em sentidos que vão além das dimensões espaciais, isolando as minorias como os alauítas dos movimentos nacionalistas e criando um desequilíbrio nas capacidades políticas e militares entre os diferentes grupos étnicos e religiosos do território. Esse desequilíbrio definirá as ideologias e práticas políticas de cada grupo futuramente no processo da independência e formação da República Síria e a sucessão dos seus governos.

Devemos sinalizar que durante os vinte anos de governo francês, os gastos públicos se concentraram, essencialmente, em segurança e administração, com pouco investimento em infraestrutura, educação e gastos sociais (McHugo, 2014). A negligência com relação a educação se expressava no acesso bastante limitado, longe de ser universalizado. Havia menos de 40 mil alunos matriculados em todas as instituições públicas e privadas da Síria em 1933, o que constituía 2% da população (Khoury, 1997, p.333). Além disso, manteve-se uma prática usual durante o período otomano, de encaminhar os jovens oriundos das camadas rurais modestas para a escola militar, os quais em geral eram alauítas. Enquanto as elites urbanas estudariam nas escolas missionárias estrangeiras, que davam acesso a uma língua estrangeira e à possibilidade de continuar os estudos na França ou Inglaterra. A intencionalidade dessa estrutura educacional era estimular a rivalidade já existente no final do período otomano entre elites urbanas e o campesinato de modo a conter movimentos nacionalistas.

Havia uma repressão à oposição política à dominação francesa, da mesma forma que qualquer defesa da descolonização e o fim do domínio francês. Mesmo assim, a oposição política se articulava em segredo e as ideias de nacionalismo árabe expandiram-se para as outras classes sociais. Segundo Rogan (2009, p.240), isso se deu, em grande parte, devido à expansão, ainda que tímida, do sistema educacional³²⁶, trazendo a oportunidade de contato com ideias nacionalistas e da promoção de reuniões e conferências.

³²⁶ Segundo Hourani (1994), organizou-se, naquela época, uma outra elite local constituída por filhos de algumas famílias que enviaram seus filhos para estudar na França, alienando-os das suas tradições e visões de mundo. A maioria dos sírios que tiveram a chance de estudar fora eram cristãos, e uma minoria sunita. Esse fato gerou uma divisão ideológica entre os diferentes grupos da população que aos poucos começaram a entender as realidades políticas, econômicas e sociais de maneira diferente.

Com relação à história da independência da Síria, segundo McHugo (2014), cada concessão tinha que ser arrancada³²⁷ à força dos franceses. Durante a Segunda Guerra Mundial, a Síria ficou sob o controle de um governo francês fascista e pró-alemão, e o território sírio viveu um choque militar entre as forças desse governo fascista e as forças francesas livres e britânicas. Esse período longo de batalhas no território Sírio entre as forças europeias opostas terminou com a tomada da Síria pelos aliados em 1941, que prometeram uma total independência após o fim da guerra. Porém, a guerra terminou em 1945 e os franceses renegaram suas promessas. Os sírios resistiram e em 29 de maio de 1945, a França reagiu de novo bombardeando o prédio do parlamento sírio em Damasco, provocando novos protestos na Síria e no mundo árabe. Essa crise atingiu o Conselho de Segurança da ONU, que exigiu que as tropas francesas fossem evacuadas do território Sírio. Em 17 de abril de 1946, sob crescente pressão internacional, as últimas tropas francesas foram retiradas da Síria e foi declarado naquele dia a independência da Síria.

5.2 Da Independência ao início do governo de Hafez al-Assad

Após a independência, a Síria surge como um Estado apenas formalmente, sem uma comunidade política unificada, com uma democracia frágil, e sem aliados políticos (Zahreddine, 2013, p.11; Pali, 1981, p.599). Tratava-se de uma população heterogênea dividida em estamentos, entre os quais, as diferenças foram conscientemente acentuadas pela política colonizadora francesa. Este cenário explica a grande instabilidade política e social que se seguiu ao período pós-independência, com uma sequência de golpes militares. Houve também a breve sobrevida da constituição da República Árabe Unida (RAU)³²⁸, a partir da união entre a Síria e o Egito, entre 1958 e 1961, sob o comando do presidente do Egito, Gamal Abdel Nasser.

Após esse período, em 1963, tivemos a chegada ao poder, através de um golpe militar, do Partido Baath³²⁹, de inspiração socialista (Hinnebusch, 2012; Cleveland,

³²⁷ Para exemplificar, em 1936, a França prometeu à Síria uma certa independência parcial, e para isso foi assinado um tratado entre os dois países que estabelecia as condições primárias para a sua realização. Porém, França repudiou os termos do tratado logo depois, e permaneceu em solo sírio com suas tropas (McHugo, 2014).

³²⁸ Nasser, presidente do Egito, assumiu o comando da RAU durante sua breve existência (Nasser, 2011).

³²⁹ O baathismo foi um movimento oriundo do Partido Social Árabe Baath, fundado na Síria por Michel Aflaq, em 1946. Aflaq que nasceu em 1910 em damasco, e frequentou a Sorbone em Paris entre 1929 e 1934. tornou-se um marxista independente e organizou com seus colegas intelectuais um movimento que combinava marxismo e pan-arabismo, visando a organização de uma nação árabe socialista. Sendo uma mistura de nacionalismo árabe, pan-arabismo, socialismo árabe e anti-imperialismo, o baathismo defendia a

Bunton, 2018). Neste momento, o Partido ainda era fiel aos seus ideais socialistas³³⁰, tendo entre suas propostas a realização de uma reforma agrária e a nacionalização de indústrias (Pali, 1981).

Uma vez que para chegar ao poder, o partido contou com o apoio de militares³³¹, em sua grande maioria de origem alauíta, para chegar ao poder, altos cargos do exército passaram a ser ocupados pelas elites rurais alauítas das áreas mais empobrecidas. Ao longo do tempo foi se consolidando uma polarização³³² dentro do partido, passando a predominar a ala mais conservadora, composta pelos militares. Com isso, em meio a esse tensionamento de forças, ocorreu o último golpe militar em 1970, levando ao poder Hafez al-Assad, general alauíta³³³ (Erich, 2014).

O governo de Hafez al-Assad caracterizou-se por seu estilo autoritário e populista, próprio de um Estado recém descolonizado e governado por elites nacionalistas. Nesse momento, o segmento minoritário alauíta, essencialmente rural e empobrecido, em contraposição à tradicional elite comerciante urbana que dominava o cenário político e econômico, ascende definitivamente ao poder. Estabelece-se uma inflexão no Partido Baath, que se desloca politicamente para a direita, com a ala militar do partido expulsando a facção marxista (Erich, 2014; Hinnebusch, 2001).

Na fase inicial deste governo, ou seja, até a primeira metade da década de 1980, ocorreram muitos avanços, com os setores da educação, saúde e oferta de serviços sociais,

unificação do mundo árabe em um único estado, e tinha como slogan “unidade, liberdade, socialismo” (Erich, 2014, loc.60). A formação do Partido foi a consolidação de um movimento ideológico originado no contexto geopolítico da Primeira Guerra Mundial, quando os ingleses não cumpriram a promessa de facilitar a formação de uma Nação Árabe Unificada (Mohammed, 2016, p.26).

³³⁰ Os socialistas árabes sabiam da necessidade de um movimento nacionalista adequado as necessidades árabes (Mohammed, 2016). Quanto aos impactos sociais dessa gestão, segundo Hinnebusch (2001), a população assalariada aumentou de 32,9% em 1960, para 37,8% em 1975; o proletariado agrícola foi transformado em um campesinato, com a reforma agrária. Houve também uma diminuição na concentração de renda. Com relação ao sistema educacional ocorreu uma ampliação no acesso à educação superior a partir de 1963.

³³¹ O Baath, antes exclusivamente civil, passa a partir de agora a ter a adesão de muitos oficiais do exército de origem rural, alauítas (Rogan, 2009, p.305-306).

³³² Erlich (2014) chama atenção para o fato de que o caminho do Baath para o poder, se deu sob a guarda do exército e sem uma base popular organizada. Tais fatos levaram a fragilização do partido, que sob o comando de militares, passará a recorrer a coerção e a violência para alcançar os seus objetivos, sendo a defesa do nacionalismo árabe transformada em nacionalismo sírio. O esfriamento da ideia de unidade árabe, ocorreu, segundo Kramer (1993), por ser amplo demais para satisfazer a busca dos Estados territoriais por identidade.

³³³ Os alauítas são um ramo do xiismo, que é prevalente nas montanhas da Síria e no norte do Líbano. Por conta de suas crenças, sempre foram perseguidos pelos muçumanos sunitas. Era uma população rural bastante pobre até o século XX. Esse alauítas da montanha, encontrando trabalhos ou nas fazendas dos vales das montanhas, ou nas cidades da costa, onde trabalharam para proprietários de terras ou para patrões que eram muçumanos sunitas, sofrendo bastante discriminação, não só por suas crenças, mas por serem pobres e rurais. No século XX, a partir do mandato francês passa a haver o recrutamento dessa população para o exército, o que passa a ser uma forma de ascenderem socialmente. No exército entram em contato com uma série de ideologias políticas, entre elas o Baathismo, que os atrai, uma vez que era um partido que pregava um secularismo bastante grande da sociedade, defendendo que todos seriam iguais. A partir de então, um grupo de oficiais alauítas participam do golpe militar de 1963. A seguir, gradualmente, dentro das lutas políticas, vão ascendendo, até que em 1970, ocorre um golpe dentro do golpe, no qual Hafez al-Assad assume o poder. O regime sírio não é um regime sectário, ou seja, não é um regime alauíta por si, mas as relações pessoais com a família do presidente contam para que você pudesse participar de um círculo do poder (Erich, 2014).

recebendo subsídios estatais, impactando positivamente à vida da população (Erich, 2014, loc.61). Segundo Batatu (1999, p. 63-66), na área da educação, em 1960, dois terços da população com mais de dez anos era analfabeta. Nesse contingente, predominavam as mulheres, com 84,2% de analfabetismo, enquanto entre os homens, os índices eram de 49,1%. Em 1990, de modo geral, esse cenário havia melhorado substancialmente, de modo que quatro em cada cinco crianças de dez anos haviam sido alfabetizadas, embora ainda se mantivesse uma diferença de gênero, com um índice de alfabetização menor entre as meninas³³⁴. Na área da saúde, houve o investimento em centros de saúde, sobretudo na área rural, onde encontrava-se a maior parte da população (61,3% de população total de 4.353), com elevação no número de médicos e redução nos índices de mortalidade infantil.

Tabela 7 - Alguns Indicadores de Saúde na Síria em 1939, 1963, 1983, 1993

	1939	1963	1983	1993
Nº de médicos	474	978	4.947	13.863
População por médico	6.992	5.105	1.943	966
Nº de hospitais	25	78	169	263
Nº de centros de saúde para serviços básicos	-	-	458	658
Porcentagem de centros de saúde nas áreas rurais	-	-	72,3	73,3
Mortalidade infantil por mil nascidos vivos	-	132	62	37

FONTE: Batatu, 1999, p.67.

Houve também investimento em infraestrutura e mobilidade, quadruplicando a cobertura da malha ferroviária no país entre 1963 e 1993, enquanto a rede de rodovias

³³⁴ Segundo Batatu (1999), em 1990, quase 9 meninos em cada dez sabiam ler, enquanto apenas sete em cada dez meninas tinham essa habilidade.

aumentou cinco vezes. Foi também expressivo o progresso na oferta de eletrificação rural, chegando em 1992 com 95% das aldeias tendo acesso a eletricidade, fornecida pela Represa Tabqa no Eufrates, construída por Hafez al-Assad na década de 1970. Antes deste projeto entrar em operação, apenas cerca de 5% das aldeias sírias tinham eletricidade. Houve também a distribuição de água encanada para praticamente todo o país pela primeira vez.

Enquanto utilizava habilmente a política externa de forma a tornar a Síria um ator central nos assuntos regionais, internamente, Hafez al-Assad investia na manutenção da segurança doméstica, no enfrentamento violento³³⁵ de movimento de oposição e na centralização do poder com o fortalecimento do complexo de segurança-militar existente desde a sua posse em 1970, atrelado ao projeto nacionalista árabe que o tornou uma forte liderança.

No final da década de 1980 e durante a década de 1990, o governo de Hafez al-Assad iniciou uma mudança em sua base de apoio, que inicialmente eram as camadas mais populares da população, para a elite econômica. Nesse momento, começa a implementar um processo de liberalização econômica, com abertura para entrada de capital e investimentos estrangeiros no país. Esta regulação trouxe consequências importantes para a economia síria e para o estabelecimento de novas redes clientelares entre estado e iniciativa privada, consolidando ao seu redor uma elite econômica indiscutivelmente fiel, na medida que era favorecida pelo governo (Haddad, 2012, p.125, 126, apud. Costa, 2016, p.43). Embora ao final de 1990, Hafez al-Assad já apresentasse uma saúde bastante debilitada, conseguiu manter-se no poder às custas de uma estrutura extremamente autoritária. Esta estrutura materializava-se em torno de redes de inteligência e serviços secretos; e o culto ao Estado e ao líder, com demonstrações de força por parte de autoridades, permitindo apenas a sátira discreta e prendendo ocasionalmente figuras oposicionistas que expressassem suas críticas diretamente. Com o seu falecimento em 2000, o regime permaneceu na figura de seu filho, Bashar al-Assad, que se mantém no poder até os dias de hoje.

³³⁵ Para exemplificar, em 1982, ocorreu uma insurreição na cidade de Hamas, protagonizada pela Irmandade Muçumana, enfrentada de modo sangrento, com o bombardeio e destruição da cidade (Hinnebusch, 2005).

Figura 15 - Charge do Artista Sírio Firzât³³⁶ Publicada na Década de 1970

FONTE: Sawan e Costa (2018, p.111)

5.3 Do governo de Bashar al-Assad ao Início da Guerra Civil

Em 17 de julho de 2000, Bashar al-Assad assume³³⁷ a presidência da Síria, e em seu discurso de posse enuncia suas intenções:

Discurso feito por Bashar al-Assad em sua posse como presidente da Síria em 2000.

Uma vez me encontro hoje neste gracioso Parlamento, tudo que posso fazer é começar meu discurso agradecendo ao Deus Todo-Poderoso por nos conceder a força neste país decidido e por nos fornecer os meios apropriados que nos ajudaram a suportar a dolorosa tragédia que se abateu sobre todos de nós. [...] Vou tentar fazer o meu melhor para conduzir nosso país em direção a um futuro que **satisfaça as esperanças e ambições legítimas de nosso povo**. [...] Para alcançar o que aspiramos alcançar, temos que nos mover em três frentes básicas ao mesmo tempo: Primeiro: sugerir **novas ideias** em todos os domínios, seja para resolver nossos problemas e dificuldades atuais ou para melhorar a situação atual. Segundo: **modificar ideias antigas** que não são mais adequadas à nossa realidade com a possibilidade de descartar ideias ultrapassadas que não podem ser renovadas nem benéficas; em vez disso, eles

³³⁶ Mesmo com a ameaça de um governo militar autoritário, em diversos campos da arte, floresceram críticas ao regime. Entre elas, a arte da charge política foi um importante meio de expressão para tornar público o pensamento crítico censurado. Ali Ferzat foi um dos cartunistas mais importantes da Síria, crítico ao pensamento padronizado consonante com as práticas do regime. Esta figura, publicada na década de 1970, durante o governo de Hafez al-Assad, indica como o estado constringe o indivíduo à conformidade, mostrando todos os personagens com caixas em suas cabeças, e o único que não está com uma caixa está sendo levado preso por um homem uniformizado e padronizado. O próprio Firzât foi vítima direta da truculência do regime, quando, em 25 de agosto de 2011, após veicular uma charge satirizando o presidente, sofreu um sequestro relâmpago e foi barbaramente espancado por homens encapuzados, que concentraram o ataque em suas mãos e quebraram seus dedos. Foi abandonado na estrada para o aeroporto de Damasco, onde foi encontrado por passantes e levado ao hospital (Sawan, Costa, 2018, p.111,112).

³³⁷ Para legitimar essa transição, a Constituição precisou ser modificada, alterando a idade mínima para exercer a presidência de 40 para 34 anos, para que desse modo Bashar al-Assad pudesse exercer o cargo (UK Border Agency, 2010). Ele foi eleito em pleito com candidatura única, com 99,7% dos votos, sem que isso significasse ausência de oposição, e sim uma acirrada repressão a ela (Hinnebusch, 2007, p.12).

se tornaram um obstáculo no caminho de nosso desempenho. Terceiro: **aperfeiçoar ideias antigas e renová-las** para que se adaptem aos propósitos atuais e futuros. [...] Também precisamos desesperadamente **de crítica construtiva**, que é exatamente o oposto da crítica destrutiva que frequentemente influencia a maioria das discussões e propostas por várias razões, sejam elas pessoais ou não. [...]. Gostaria aqui de dar um exemplo da **nossa vida econômica**, que é o caso da exportação que é considerada um importante pilar da receita econômica nacional e que vai receber uma atenção muito especial no próximo período. É dever do Estado expedir legislações e leis e tomar decisões e firmar acordos com outros países e partes, a fim **de incentivar a exportação** e ajudar a encontrar mercados, além de atingir a capacidade de ser competitivo, mas isso não será concluído corretamente se os produtos srios não gozarem de boa reputação e se não forem de alta qualidade e padrões.[...] Nesse sentido, tornou-se necessário avançar em passos constantes, embora graduais, no sentido de realizar **mudanças econômicas** por meio da modernização das leis, da erosão dos obstáculos burocráticos que impedem o fluxo de investimento interno e externo, **o recrutamento de empresas de capital privado e empresas públicas, e a ativação do setor privado e dando-lhe melhores oportunidades de trabalho.**

É necessário também **colocar o setor público em um nível competitivo nos mercados interno e externo**, o que leva a um desenvolvimento equilibrado e integral em todas as províncias do país e nas áreas rurais e urbanas. Isto conduzirá também a uma distribuição justa do Produto Interno Bruto **de** forma equilibrada, ao aumento das oportunidades de emprego e à melhoria dos meios de subsistência dos cidadãos face ao aumento das suas necessidades de subsistência e ao aumento constante do custo de vida. **O setor público agrícola também deve se desenvolver através da modernização** de seus meios de produção e da busca de mercados para a comercialização de seus produtos, bem como através do **aprimoramento da reforma agrária** e dispensando as negligências e passividades do passado e agilizando a construção de barragens que atendam aos nossos planos de desenvolvimento. Temos também de **colocar uma política econômica sábia que preencha as lacunas entre as fontes e despesas, entre a exportação e a reabilitação dos setores econômicos públicos e privados para enfrentar os perigos crescentes decorrentes dos desafios da globalização.** Dessa forma, nossa economia pode assumir um lugar respeitável nos blocos econômicos regionais e internacionais. [...] **O pensamento democrático é a construção e a estrutura.** Todos nós sabemos que, quando o alicerce de um edifício é fraco, o edifício estará ameaçado de cair pelo menor motivo. Portanto, cada edifício é projetado de uma forma e tem uma base apropriada para o peso que deve suportar. Portanto, não podemos aplicar a democracia dos outros a nós mesmos. A **democracia ocidental**, por exemplo, é o resultado de uma longa história que resultou em costumes e tradições que distinguem a cultura atual das sociedades ocidentais. Para aplicar o que eles têm, temos que viver sua história com todo o seu significado social. Como isso é obviamente impossível, **temos que ter a nossa experiência democrática que nos é especial, que nasce da nossa história, cultura, civilização e que é uma resposta às necessidades da nossa sociedade e às exigências da nossa realidade.** [...] **A reforma administrativa** é uma necessidade urgente para todos nós hoje. **A administração ineficiente hoje é o maior obstáculo no caminho de nossa marcha para um melhor desenvolvimento;** afeta negativamente todos os setores, sem exceção. Temos de começar de imediato a preparar os estudos que garantam a mudança para melhor desta realidade, através da melhoria dos sistemas administrativos e dos seus enquadramentos, do aumento do nível de eficiência dos quadros administrativos e profissionais e do fim do estado de descuido, passividade e evasão do cumprimento do dever. [...] Temos que respeitar a lei porque ela garante **o respeito do Estado pelo cidadão e o respeito do cidadão pelo Estado.** O estado de direito garante nossa liberdade e a liberdade dos outros. Temos que **combater o desperdício e a**

corrupção, levando em consideração que cada tipo de trabalho acarretará necessariamente uma porcentagem de erros não intencionais que não devem nos preocupar, mas devemos tentar não permitir que voltem a ocorrer. [...] Que Deus abençoe a todos. [...] (discurso de posse de Bashar al-Assad, 17 de jul. 2000). (grifos da autora)

É possível identificar em seu discurso, promessas de uma flexibilização e receptividade a críticas, além de mencionar ações modernizadoras na esfera econômica, administrativa e política. Segundo Costa (2016), havia inicialmente uma certa expectativa positiva por parte da sociedade civil, não no sentido de que a Síria se tornaria uma democracia, mas um regime mais aberto e incluyente. Havia de fato um anseio por reformas econômicas liberalizantes, que resultassem em melhoria nas condições de vida da população. Contudo, essa expectativa não se concretizou, resultando em uma enorme decepção. O ditador logo mudou de trajeto, extinguindo o ativismo pró-reforma, adotando uma forte repressão à oposição.

No campo econômico, embora a liberalização tenha avançado, isso favoreceu ao grupo³³⁸ que orbitava em torno do presidente, sem a efetiva criação de um mercado liberal. Assim, houve a renovação dos laços entre as elites³³⁹ ligadas ao Estado, com a população experimentando o empobrecimento causado por esse processo. Portanto, as reformas foram traídas tanto no campo econômico quanto político (Ismail, 2009; Perthes, 2004).

Foram adotadas medidas de austeridade no setor público, enquanto o setor privado recebeu robustos investimentos. O nível educacional da população foi comprometido, na medida em que o investimento no setor público era reduzido, contribuindo para aumentar o despreparo para disputar postos de trabalho qualificados. Além disso, o empobrecimento da população teve como consequência o aumento nos níveis de evasão escolar e trabalho infantil, com 60% dos alunos do nível primário e intermediário abandonando a escola antes de se formar, ao mesmo tempo em que, aproximadamente, 10% das crianças sírias entre 10 e 16 anos de idade trabalhavam (Perthes, 2004).

³³⁸ Este modelo econômico levou à ascensão de uma nova oligarquia, privilegiando as novas classes empresariais, rechaçando as elites urbanas tradicionais na participação da economia do país. Isso resultou na fragmentação das elites econômicas, que passam a rivalizar-se entre si. A tendência seguida pelo regime é a de estreitar os círculos de beneficiários em favor daqueles que lhes são indiscutivelmente leais, os quais teriam muito a perder com sua queda (Ismail, 2009, p.20).

³³⁹ Muitos são os exemplos do acesso diferencial que os membros das famílias conectadas ao regime tinham aos negócios relacionados à abertura econômica: Rami Mahluf, primo materno do presidente, exerce monopólio virtual sobre os serviços de telefonia móvel, *duty free shops* nas fronteiras e aeroportos da Síria, além de possuir uma escola bilingue de alto padrão e a única representação comercial dos elevadores Schindler, entre outros negócios de seu diversificado portfólio (Perthes, 2004, p.37).

Este cenário agravou-se quando, entre 2007 e 2008, uma grande seca assolou a Síria, levando a migração em massa da população rural para as cidades, engrossando o número de desempregados. Com isso, o nível de miséria e desemprego agravou-se ainda mais, com o governo omitindo-se no suporte a essa população (Ababsa, 2015, p.200; apud. Costa, 2016, p.83).

CORTES, SUBSÍDIOS AGRÍCOLAS E REVOLUÇÃO

A seca que assolou a Síria em 2007-2008 foi a pior em 40 anos e provocou um êxodo de 800.000 camponeses. Já nos anos 1990, secas anteriores expulsaram milhões de agricultores de suas terras a um ritmo de 400.000 por ano, segundo dados do Banco Mundial. Não são poucos os analistas que relacionam a eclosão dos protestos sociais à progressiva deterioração do setor agrícola, pilar de uma economia quase autárquica, e os cortes de subsídios no final do século passado. [...] (El País, 13 dez. 2017).

Desse modo, os dez primeiros anos do governo de Bashar foram marcados pelo desmantelamento dos serviços de Estado, com muitas privatizações, passando tais serviços a serem cobradas³⁴⁰, com piora na sua qualidade. Desse modo, gradualmente, a população foi assistindo à degradação do seu padrão de vida. A má administração da seca, a corrupção, e o desvio de verbas, gerou uma enorme massa de pessoas miseráveis que tiveram que migrar para Damasco e para Alepo (Hinnebusch, 2009).

Diante de críticas ao seu governo, Bashar buscou desacreditar a oposição, insinuando sua “parceria com agentes externos” e declarando que não toleraria ameaças à unidade nacional. Tal discurso buscava justificar, assim, as inúmeras prisões de líderes das sociedades civis (Perthes, 2004, p.19). A elite religiosa, apesar de viver momentos difíceis, ainda continuará apoiando o regime devido à incerteza sobre sua posição sem Bashar al-Assad e ameaçada pela instabilidade (Costa, 2016, p. 90).

Portanto, havia um clima de insatisfações latentes quando os ventos da “Primavera Árabe” começaram a soprar na Síria. A chamada Primavera Árabe³⁴¹ consistiu na eclosão, no final de 2010, de várias e quase simultâneas manifestações populares nos

³⁴⁰ Para exemplificar, a energia elétrica deixa de ser subsidiada pelo governo, passando, gradualmente, a tornar-se mais cara. Na medida em que o governo Bashar vai cortando os subsídios e vai privatizando os serviços, vai ocorrendo um encarecimento deles, com redução da qualidade. O mesmo ocorreu com a água e vários alimentos que tiveram o subsídio cortado, e ficaram mais caros. Soma-se a isso, a grande seca de 2007, que fez com que o preço do trigo, por exemplo, se elevasse enormemente (Perthes, 2004).

³⁴¹ Os levantes se iniciaram no norte da África em 18 de dezembro de 2010, quando o tunisiano Mohamed Bouaziz imolou o próprio corpo ateando fogo às suas vestes como forma de protesto contra a corrupção e os maus tratos policiais. O mote dos movimentos populares que se desdobraram era uma revolta contra o autoritarismo, as políticas que deterioravam a economia, o desemprego, a pobreza, a repressão, a corrupção e a falta de liberdade dos direitos civis. A partir desse movimento, regimes caíram (Muammar Al Khadafi na Líbia, e Hosni Mubarak no Egito) diante de levantes armados da população, movidos por uma forte mobilização social, que de forma inédita se utilizou de mídias sociais como Facebook, Twitter e Youtube para montar uma forte articulação contra regimes ditatoriais e monarquias constitucionais que governavam o Oriente Médio e alguns países da África há décadas (Joffé, 2011; Ramos, 2013).

países do Norte da África e Oriente Médio, iniciando-se na Tunísia e se espalhando, em meio a uma atmosfera geral de esperança de que ocorressem mudanças democratizantes na região, com vários ditadores sendo depostos (Ramos, 2013; Joffé, 2011).

Mapa 7 - Países Envolvidos na Primavera Árabe

FONTE: <https://www.todamateria.com.br/primavera-arabe/>

Na Síria, em meio a um clima de decepção política e social, se iniciam em março³⁴² de 2011, manifestações civis pacíficas e modestas, as quais, mesmo assim, foram violentamente reprimidas. No entanto, a faísca que irá acender a insurreição síria em 2011 vem de Deraa, região rural carente que, como outras regiões rurais foi desprivilegiada pelas políticas de liberalização, e eram as mais afetadas por um regime que se antes era autoritário, paternalista e populista, passa a ser autoritário e predatório (Hinnebusch, 2009).

³⁴² Em 16 de março de 2011, as forças de segurança dispersaram as quase 200 pessoas que desejavam se manifestar em Damasco, prendendo mais de 30 manifestantes. Em 18 de março, um protesto foi reprimido após a oração de sexta-feira na principal Mesquita de Damasco. Após a oração, a multidão começou a cantar “só há um Deus” e foi imediatamente agredida pelas forças de segurança (Elliot et al., 2011, p.1-2).

Um grupo de 20 crianças grafitou palavras de ordem contra o regime no muro da escola no dia 13 de março, e foram detidas pelas forças de segurança no dia seguinte. Após alguns dias, quando os meninos saíram da prisão, as marcas de tortura por choque elétrico e unhas arrancadas denunciaram o tratamento que lhes havia sido dado. Logo após deixarem a delegacia, toda a cidade já sabia dos fatos e muitos cidadãos decidiram fazer um ato no dia 18 de março, que partiria da mesquita local. O ato foi reprimido com jatos de água e disparos de arma de fogo: quatro pessoas morreram. No dia seguinte, o funeral dos primeiros mortos da insurreição se transformou em outra manifestação, que também foi duramente reprimida (Vignal, 2012).

Segundo Hokayem (2013, loc.14,15), Bashar não acreditava que os movimentos da Primavera Árabe pudessem alcançar a Síria, vangloriando-se aos jornalistas estrangeiros que sua política externa e conexão pessoal com seu povo, lhe conferia imunidade contra uma reforma popular. No entanto, poucas semanas depois dessas declarações, ele muda seus discursos ao Jornal Wall Street Journal no final de janeiro, afirmando que buscará iniciar as reformas que atenderam às demandas popular. Naturalmente, estava apenas blefando.

O presidente sírio, Bashar al-Assad, que herdou um regime que está no poder há quatro décadas, disse que pressionará por mais reformas políticas em seu país, em um sinal de como a violenta revolta do Egito está forçando os líderes da região a repensar suas abordagens. Em uma rara entrevista, Assad disse ao The Wall Street Journal que os protestos no Egito, Tunísia e Iêmen estão dando início a uma "nova era" no Oriente Médio e que os governantes árabes precisam fazer mais para acomodar as demandas políticas de seu povo e suas aspirações econômicas (Jornal The Wall Street Journal, 11 jan.2011).

O governo tentava explicar as manifestações que se iniciaram em seu país como resultado de uma conspiração internacional de “forças imperialistas” que queriam instabilizar o país e a região³⁴³, justificando, assim, sua atuação truculenta contra os manifestantes, com muitas vítimas fatais. A inabilidade do governo levou uma sequência de ações governamentais, com o uso excessivo de força, execuções, detenções arbitrárias, práticas de tortura, dentre outras violações dos direitos humanos (McHugo, 2014).

³⁴³ Conforme relatório emitido pela Comissão Independente Internacional de Investigação sobre a República Árabe Síria, apresentando na 17ª Sessão do Conselho de Direitos Humanos da ONU. UNITED Nations, 2011, p.8.

Foto 20 - Primavera Árabe na Síria_ manifestações contra o governo de Bashar

FONTE: <https://conhecimentocientifico.r7.com/primavera-arabe/>

As manifestações continuam³⁴⁴ durante toda a primavera, cada vez, mais numerosas, sempre com muitas mortes e detenções. Entretanto, a violência estatal toma sua forma mais cruel a partir do momento em que tanques começam a ser utilizados para a repressão das manifestações, em operações táticas semelhantes às utilizadas para sitiarem cidades em guerra, com a diferença de que tais táticas eram utilizadas contra manifestantes desarmados. Em 25 de abril, ocorre o episódio conhecido como o Cerco de Deraa, e que foi emblemático nessa escalada de violência promovida pelas forças de segurança do regime. Nesta ocasião, o regime enviou tanques a Deraa, quando suas tropas e franco-atiradores posicionados nos topos dos prédios abriram fogo contra a multidão (Elliot et al., 2011, p.7).

Sendo assim, o governo Bashar al-Assad respondeu aos conflitos com repressão militar³⁴⁵ e paramilitar, ao mesmo tempo que o movimento civil se militarizava,

³⁴⁴ A partir do Cerco de Deraa, diversas ações militares semelhantes passaram a acontecer em outras cidades revoltosas ao longo do ano de 2011. Da mesma forma, continuaram as ações dos manifestos pacíficos conforme aumentava a violenta repressão do regime, e diversas estátuas monumentais de Hafez-al-Assad foram derrubadas (Yazberk, 2012, p.164).

³⁴⁵ Os primeiros protestos na Síria eram locais, e se iniciaram nos bairros e cidades em busca de resolver demandas locais. Principalmente após resposta desproporcional do regime, essas demandas passaram a ser nacionais conforme o movimento foi se desenvolvendo. Por outro lado, o regime mantém o discurso de que está em guerra contra gangues armadas e criminosos infiltrados. Entre os manifestantes, é comum assumir o fato de que tais gangues armadas são a *shabiha*, um coloquialismo na Síria que se refere

ocorrendo o deslocamento do que era uma insurreição civil para um conflito armado. Enquanto isso, o governo buscava construir uma fachada de insurreição radical islâmica e de conflitos sectários³⁴⁶. O que ocorreu na Síria foi uma revolta da população pobre, que inicialmente não tinha nenhuma dimensão sectária, e que nos protestos pediam “liberdade, democracia e participação”.

Além disso, a partir de 2012, tem início a participação direta ou indireta de inúmeros atores³⁴⁷ do quadro geopolítico regional (Turquia, Irã, Arábia Saudita, Israel e Egito) e internacional (Estados Unidos, Rússia e China). Agregaram-se ao conflito sírio, também, atores não-estatais, como os grupos terroristas do Hezbollah e o Estado Islâmico. Portanto, a questão ultrapassa um combate bilateral- governo sírio versus manifestantes, estabelecendo-se um embate multilateral, com diversas forças opositoras articuladas e apoiadas por Estados e organismos internacionais, ocorrendo a internacionalização do conflito (McHugo, 2014; Raja, 2015).

Com relação a complexidade geopolítica do século XXI, Hobsbawn (2007, p. 26), se referindo a característica indefinida do ponto de vista territorial de muitos conflitos desse período, pós-Guerra Fria, diz que “a linha que separa os conflitos entre países e os conflitos no interior dos países – ou seja, entre as guerras internacionais e guerras civis – tornou-se difusa”.

Diante da absoluta inoperância e ineficiência³⁴⁸ do Conselho de Segurança da ONU, temos a continuidade de um dos conflitos mais atroz da humanidade. A crise

ao crime organizado em milícias armadas e apoiadores mais radicais do regime, os quais querem defendê-lo por meio de violência e intimidação, tumultuando as manifestações pacíficas. A *shabiha* permite que o regime cometa atrocidades sem precisar assumir a responsabilidade por elas. Uma vez que as milícias *shabiha* não têm uma afiliação oficial à família Assad ou ao partido Baath, podem impunemente agredir e matar, armados com bastões ou metralhadoras, ou estimular as rivalidades sectárias (Yazbek, 2012, p.43).

³⁴⁶ A revolta inclui pessoas de todas as religiões e origens comunitárias, apesar disso, o regime sustenta que suas ações têm a finalidade de proteger os cidadãos do sectarismo. Os meios de comunicação estatais propagam a ideia de que o regime deve ser absolvido, culpando “gângues armadas” ou “terroristas estrangeiros”. A intensão era estimular o ódio sectário e tentar enfileirar atrás de si minorias como os alauítas e cristãos. Tentava delinear o conflito em termos sectários, buscando evitar que minorias religiosas se unissem à maioria sunita, muitas vezes caracterizada para as minorias como “ameaça islâmica”, ainda que essas minorias também tenham suas críticas ao regime (Yazberk, 2012).

³⁴⁷ Segundo Raja (2015), os interesses desses atores seriam os seguintes: os Estados Unidos possuem tanto interesses estratégico-militar quanto econômico; a Rússia estreitou seus laços com a Síria durante a Guerra Fria, tendo grande importância geopolítica na região, reduzindo a influência dos Estados Unidos; os chineses apoiam diretamente Assad por meio de recursos financeiros e diplomaticamente; Israel tem grande interesse geopolítico no conflito sírio, tendo em vista que o Irã e a Síria são as principais nações regionais que fazem oposição direta à própria existência do país; a Turquia possui interesses geopolíticos na região, buscando firmar sua posição como líder regional ao contrapor-se ao Irã e Síria, para ganhar reconhecimento dos Estados Unidos e, e principalmente, da Europa, com o fim de ser membro da União Europeia; a Arábia Saudita também possui interesses religiosos, almejando um futuro governo sírio pró-sunitas; e o Irã quer a manutenção do atual governo sírio tendo em vista que possuem rota para o abastecimento do Hezbollah no Líbano. Com relação aos atores não-estatais, há vários, todos eles lutam contra o regime de Assad e entre si, por diferentes interesses. Os “rebeldes moderados” são grupos de civis sírios anti-alauítas, apoiados pelos Estados Unidos, que dizem querer um governo eleito democraticamente; os jihadistas, filiados à Al Qaeda, almejam a construção do califado islâmico; jihadistas nômades, financiados por outros países para derrubar Assad e estabelecer um governo mais profundamente religioso (Raja, 2015).

³⁴⁸ Contudo, muitos desses vetos não conseguiram tais resoluções, discutidas em outubro de 2011 e fevereiro de 2012, não foram aprovadas em função dos vetos da China e Rússia.

humanitária é dramática, com os direitos humanos sendo desrespeitados tanto internamente, quanto no âmbito internacional.

CAPÍTULO 6

OS REFUGIADOS SÍRIOS E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO

6.1 A circuncisão³⁴⁹ masculina e a Atenção Primária à Saúde _ um caso complexo, entre o ritual cultural-religioso e a medicina

A inclusão do tema da circuncisão masculina nesta tese decorre do fato de haver surgido durante o atendimento médico a usuários sírios, mas também haitianos e africanos, em uma Unidade de APS no centro da cidade de São Paulo. Esse fato surpreendeu os profissionais e suscitou sentimentos e reflexões sobre as diversas motivações para realizá-la e como manejá-las.

A seguir, temos os relatos de três médicos da UBS:

Um caso interessante que aconteceu, foi de uma criança haitiana de um ano, um ano e uns quatro meses, que a mãe fez a circuncisão em casa e depois veio na consulta. Em uma consulta tinha fimose, na outra consulta estava circuncidado. Olhei para a mãe e falei assim, “como você fez isso?” Ela respondeu, mas não entendi nada. Não sei se é cultural deles, mas foi uma coisa que me chamou a atenção (Felipe, médico)

Às vezes a gente acha que alguns comportamentos, alguns procedimentos são devidos às questões religiosas e na verdade tem a ver com o costume deles. Por exemplo, já vi muitos africanos, não sei de que país, que vieram com um bebê recém-nascido querendo fazer circuncisão, e eles vem pedindo isso para a gente. Precisam que com 7 dias de nascido seja feita a circuncisão e a gente tem que lidar com essa situação. Como resolver essa demanda? Porque isso não é comum no nosso meio. A gente viu que algumas vezes era por uma questão de religião, e outras vezes é por questão de costume. E é diferente a circuncisão religiosa e a cultural. É diferente a extensão do procedimento, a questão técnica, a questão de tempo, ou seja, em que período fazer. Mas a gente conseguiu alguns lugares que fizeram isso grátis. A gente tem uma mesquita aqui na Av. D. Pedro parece, ou na Av. do Estado. Uma mesquita que é muito conhecida, e eles fazem a circuncisão que é religiosa, pois são muçulmanos. Então a gente orienta para alguns que querem fazer, irem lá. Orienta para ir nesse lugar para fazer. Então, a gente tem muitas vezes que se adaptar às novas demandas que aparecem, trazidas pelos imigrantes. Porque a gente nunca tinha passado por essa questão. Mas a gente agora sabe. Tinha uma doutora

³⁴⁹ Circuncisão é um termo originado do latim, *circundere*, que significa cortar ao redor (Van Gennep, 2011). A circuncisão ou postectomia é o procedimento de remoção cirúrgica do prepúcio, pele que recobre a cabeça do pênis.

aqui, a Dra. Vilma³⁵⁰, que era judia, e sabia sobre essa questão. Ela fez o contato com os muçulmanos para saber como que fazia isso. A gente soube essas informações através dela. Mas eu sei que muitos africanos, que também são de origem muçulmana, e os sírios também, eles têm a questão da circuncisão. Fico aqui pensando em uma gestante síria que está em pré-natal comigo, e que ainda não ganhou bebê, provavelmente ela possa vir com essa questão da cultura mais adiante (Wilson, médico).

Não, sinceramente não tem nada assim específico do ponto de vista cultural com relação aos sírios que atendi até agora. Lembro apenas de uma moça síria que não era minha paciente, era da Maria³⁵¹ [a outra médica]. Como eles fazem: eles têm a religião, e tem que fazer circuncisão e tudo mais nos filhos. Aí, a paciente da Maria falou com a Laila³⁵², minha paciente marroquina que frequentemente vinha acompanhando sírios nas consultas. Ela se prontificou a fazer a circuncisão na criança. A gente viu umas barbaridades que me chocou. A ignorância de quem procurou era tão grande, ou inocência, ou sei lá. A Maria me chamava para ver, porque eu fiz cirurgia pediátrica, então, me chamava para mostrar a barbaridade. E a gente sabia que não tinha sido um rabino. Como é que chama? O Sheik da igreja que faz, né? Era assim, uma coisa absurda, que essa daí fazia (Miriam, médica).

Segundo Laumann et al. (1997), a circuncisão masculina é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados mundialmente, podendo ser executado em contextos diversos³⁵³, tais como: em meio a rituais praticados em determinadas culturas e tradições religiosas³⁵⁴, como no judaísmo e islamismo, e por indicações médicas, para fins terapêuticos ou profiláticos. Apesar de ser uma prática secular que surgiu de modo independente, por razões variadas, em diversas partes do mundo, e manter-se bastante prevalente nos dias de hoje, trata-se de um procedimento contencioso, com muitos defensores e opositores à sua realização. com discussões de ordem cultural, religiosa, ética, legal e científica (Arie, 2010; Anwer et al., 2017).

Em 2007, a OMS estimou que havia 30% dos homens acima de 15 anos circuncidados em todo o mundo, sendo dois terços deles, muçulmanos (OMS, UNAIDS, 2007; Weiss et al., 2008). A prevalência de circuncisão não-religiosa tem sido variável ao longo do tempo, dependendo das tendências de mudança na sua percepção e à evidência de seus benefícios.

³⁵⁰ Nome fictício.

³⁵¹ Nome fictício

³⁵² Nome fictício.

³⁵³ Segundo Arnold Van Gennep (2011), estudioso sobre o assunto, a circuncisão masculina parece ser realizada desde a pré-história humana, sendo impossível determinar com precisão seu berço geográfico, uma vez que tanto os povos primitivos da América, África, Ásia e Oceania, quanto cristãos, islâmicos e judeus, a realizavam. No entender deste autor, em geral, ela fazia parte de um rito de passagem para a idade adulta, que por meio da mutilação, promovia a modificação da personalidade do indivíduo de forma visível a todos e o destacava da massa comum da humanidade, incorporando-o de forma permanente a um grupo específico através de traços indelévels. Assim, a cerimônia da circuncisão diz respeito não somente ao indivíduo a ela submetido, mas também ao conjunto de pessoas que participam do ritual, reforçando, do ponto de vista antropológico, a identidade de um grupo social ou religioso.

³⁵⁴ Tomaremos aqui a religião como um sistema comum de crenças e práticas relativas a seres sobre-humanos dentro de universos históricos e culturais específicos. Por outro lado, os fenômenos e sistemas religiosos fazem parte da cultura, que constrói historicamente seus sistemas religiosos (Silva, 2004).

Mapa 8 - Mapa Global de Prevalência da Circuncisão Masculina, em dezembro de 2006.

FONTE: OMS, UNAIDS, 2007, p.9

Pela tradição judaica, a circuncisão masculina é considerada um mandamento obrigatório³⁵⁵, devendo ser feita no oitavo dia após o nascimento, durante uma cerimônia festiva. Antigamente os pais realizavam pessoalmente as circuncisões dos filhos, mas atualmente é realizada por um profissional treinado em circuncisão ritual³⁵⁶, que seja temente a Deus e versado no Torah, que é o *Mohel* (Nascimento, 2013).

³⁵⁵ Para exemplificar, a circuncisão masculina é realizada em quase a totalidade dos meninos nascidos judeus em Israel (Schenker, Gross, 2007), em 99% dos meninos judeus no Reino Unido (Dave et al., 2003), e 98% dos meninos judeus nos Estados Unidos (Laumann et al., 1997).

³⁵⁶ A circuncisão ritual realizada pelo *Mohel* consiste em três partes. Inicialmente faz-se uma excisão da parte externa do prepúcio, seguida faz-se um corte no revestimento interno do prepúcio para facilitar o total descobrimento da glândula, finalizando com a sucção do sangue a partir da ferida (Nascimento, 2013, p.110, 111).

FOTO 21- Circuncisão Masculina pela Tradição Judaica

FONTE: Getty Images / BBC News Brasil. Disponível em:

<https://www.terra.com.br/noticias/mundo/islandia-pode-se-tornar-primeiro-pais-da-europa-a-proibir-circuncisao-religiosa,02fe9268a1f2f845a37394c24cb2469a5tj8memi.html>

A tradição muçulmana recomenda fortemente a realização da circuncisão masculina, em geral, sem uma obrigatoriedade³⁵⁷. Quanto a época para fazê-la, há uma grande variação³⁵⁸, com alguns sugerindo que seja feita no sétimo dia de vida, outros aguardam a maioridade religiosa do menino, aos 10 anos, ou ainda em qualquer idade entre o nascimento e a puberdade (Rizvi et al. 1999; OMS, UNAIDS, 2007; Zampieri et al., 2008; Mahmood et al., 2015).

³⁵⁷ O único ramo do Islã no qual a circuncisão masculina é obrigatória é o Shafi'ite. Entretanto, para que um muçulmano possa participar de uma peregrinação para Meca, um dos cinco pilares da fé islâmica, exige-se que seja circuncidado. Com relação a técnica utilizada para a sua realização, há uma variação (OMS, UNAIDS, 2007). Há uma cobertura quase universal de sua realização em países e comunidades de maioria muçulmana (Weiss et al., 2008). Para exemplificar, na Síria sua cobertura é de 93% (OMS, UNAIDS, 2007).

³⁵⁸ No Paquistão é usual circuncidar os meninos no hospital alguns dias antes da alta após o parto. Enquanto aqueles nascidos no domicílio são circuncidados entre 3 e 7 anos de idade (Rizvi et al., 1999). Na Turquia, meninos muçulmanos são circuncidados entre o oitavo dia de vida e a puberdade (Ozdemir, 1997).

FOTO 22 - Circuncisão Masculina pela Tradição Muçulmana

FONTE: Getty Images / BBC News Brasil.
Disponível: <https://www.terra.com.br/noticias/mundo/islandia-pode-se-tornar-primeiro-pais-da-europa-a-proibir-circuncisao-religiosa,02fe9268a1f2f845a37394c24cb2469a5tj8memi.html>

Com relação a segurança da intervenção, é um procedimento relativamente seguro e com baixas³⁵⁹ taxas de complicações³⁶⁰, com uma preferência pela sua realização no período neonatal (Demirdover et al., 2013; Talini, et al., 2018; Hung et al., 2019). A ocorrência de complicações se eleva com o aumento da idade, mesmo no primeiro ano de vida. Nos países com grandes populações muçulmanas, nos quais é necessário pagar para realizá-la durante o período neonatal, as taxas de complicações são elevadas, chegando a 16% (Weiss et al., 2008).

Por este motivo, em países de maioria muçulmana é necessário que os governos busquem estratégias que garantam a realização da circuncisão masculina de modo seguro³⁶¹ (Arie et al., 2010; Anwer et al., 2017). Nesse sentido, Anwer et al. (2017)³⁶² e Arie et al. (2010) sugerem que a partir da compreensão das percepções e práticas em torno da

³⁵⁹ Nos Estados Unidos, por exemplo, a taxa de postectomia em neonatos chega a 61%, e destes, somente 1,5% evoluem com intercorrências (Hung et al., 2019).

³⁶⁰ As principais complicações podem ser divididas entre as recentes (ocorrem em até 30 dias), como sangramento, remoção inadequada da pele e infecção; e as tardias (podem ocorrer em até 5 anos após a circuncisão), como estenose meatal, aderências, fístulas uretrocutâneas, pênis embutido e meatite (Talini et al., 2018).

³⁶¹ Em países como o Paquistão, onde a demanda pela realização da circuncisão masculina é muito elevada, o poder aquisitivo é baixo, e o sistema de saúde não tem condições de absorver essa demanda, recorrer-se a sua realização a nível ambulatorial, garantindo que seja executada por um profissional de saúde treinado para realizá-lo com segurança, a um menor custo, pode ser uma alternativa (Arie et al., 2010; Jayanthi et al., 1999).

³⁶² Estes autores realizaram o primeiro estudo que visava reconhecer as percepções parentais a respeito da circuncisão masculina no contexto do Paquistão, um país majoritariamente muçulmano.

circuncisão masculina vigentes nesses países, é possível implementar programas com potencial para beneficiar uma coorte anual de nascimentos de 20 a 25 milhões de meninos em todo o mundo.

No que se refere à prática da circuncisão masculina no Ocidente, exceto como parte de rituais religiosos, raramente era praticada durante a Idade Média ou Renascimento. Por séculos foi vista de modo depreciativo pelos europeus, que a considerava própria de minorias religiosas. Será a partir do século XIX que os médicos ingleses passarão a incorporar a circuncisão masculina, inicialmente como uma medida de saúde pública. Esta inflexão, que determinará a incorporação da circuncisão masculina ao campo da medicina, decorreu de uma associação de acontecimentos em curso na Inglaterra do século XVIII. Naquela ocasião, em função de um processo industrialização acelerada, ocorreu um êxodo da população rural empobrecida para a cidade, onde a combinação de superpopulação, insalubridade e pobreza, levou a eclosão de muitas doenças infectocontagiosas, com aumento da mortalidade. As condições de miserabilidade levaram a intensificação da prostituição como modo de sobreviver, resultando na eclosão de doenças venéreas. A interpretação de que a relação sexual era a causadora dessas doenças, fez com que a circuncisão masculina passasse a ser vista como a intervenção apropriada. Sobre esse momento histórico nos fala Kaicher e Swan (2010).

A combinação de uma industrialização acelerada, uma população urbana empobrecida, a ausência de um sistema de esgoto, a escassez de água potável, uma próspera indústria do sexo não regulamentada, o desconhecimento da teoria dos germes, a ausência de antibióticos - todos esses fatores levaram a problemas de saúde pública durante o século XVIII que foram herdados pelos Vitorianos durante o século XIX. [...] eles [os Vitorianos] entenderam que a atividade sexual estava associada a doenças venéreas, porém, assumiram incorretamente que a atividade sexual em si poderia causar tal doença. Por causa dessa confusão entre correlação e causalidade, os médicos vitorianos buscavam interromper a atividade sexual excessiva, especialmente a masturbação, que acreditavam ser a forma mais frívola e esbanjadora de atividade sexual. Eles acreditavam que tal indulgência sexual poderia causar uma série de desagradáveis condições médicas, incluindo, mas não se limitando a, tuberculose, convulsões, doença psiquiátrica, cegueira e "Exaustão nervosa" (Kaicher, 2010, p.19).

Sobre a adoção da circuncisão masculina pelo saber médico ocidental a partir do século XIX, nos diz Darby (2003):

[...] pode-se observar que os médicos em países de língua inglesa introduziram a circuncisão generalizada de bebês do sexo masculino no final do século XIX. Na época, essa inovação foi justificada em grande parte como um meio de

desencorajar a masturbação. Naquela ocasião considerada como uma doença grave por si só e como a causa de muitas mais. No início século XX, outras justificativas para a intervenção foram surgindo, tais como, a proteção contra sífilis e câncer, resolução de fimose (vista como o principal provocador da masturbação), e uma contribuição geral para a higiene moral e física. Para justificar a circuncisão com base no fato de que ela desencorajava a agitação era preciso reconhecer que a operação reduzia a sensibilidade do pênis e diminuía o prazer sexual, um poderoso argumento para usar em uma época em que as pessoas respeitáveis acreditavam que a indulgência sexual excessiva era moralmente errada. Os principais manuais pediátricos e de cuidados infantis permaneceram reiterando o valor da circuncisão como um desincentivo à masturbação até a década de 1950. Com o avanço da revolução sexual na década de 1960 (durante esse período a circuncisão de rotina sobreviveu apenas nos EUA, Canadá e Austrália) este deixou de ser um forte argumento de propaganda da intervenção; se um médico quisesse persuadir os pais para deixá-lo amputar parte do pênis de seu bebê, ele agora tinha que tranquilizá-los de que o procedimento aumentaria significativamente a saúde, sem reduzir a funcionalidade sexual ou prazer, e a lógica original de sua introdução foi se perdendo em uma confusão de racionalizações sociais, estéticas e médicas (Darby, 2003, p.752, 753).

Segundo Gollaher (2000), no final do século XIX, a circuncisão masculina passa a ser realizada também nos Estados Unidos³⁶³, onde se mantém prevalente³⁶⁴ até os dias de hoje, chegando a 75 % dos homens com 15 anos ou mais (Drain et al., 2006; OMS, UNAIDS, 2007). Além disso, a Academia Americana de Pediatria (AAP) endossa sua realização, ressaltando que os benefícios preventivos da circuncisão neonatal para a saúde, quando realizada por profissionais treinados em condições estéreis, com manejo adequado da dor, superam os riscos do procedimento (AAP, 2012). Entre os benefícios desta intervenção estariam a redução de infecções do trato urinário, de câncer de pênis, de câncer cervical na parceira e da transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV. Entretanto, as evidências desses benefícios têm sido bastante contraditórias³⁶⁵ (Arie, 2010; Osinibi et al., 2020).

³⁶³ Segundo Gollaher (2000), Dr. Lewis A. Sayre teve um papel relevante na introdução da circuncisão masculina nos Estados Unidos como uma importante medida de saúde pública. Em 8 de fevereiro de 1870, ele consultou um menino de 5 anos de idade cujas pernas estavam inexplicavelmente paralisadas. No exame, ele notou que os joelhos da criança estavam dobrados em um ângulo de 45 °, e ela era incapaz de ficar de pé ou andar sem sentir uma dor terrível. Além disso, durante o exame da criança, o médico notou que o menino apresentava uma fimose. Ele concluiu que a "exaustão nervosa" causada pela inflamação do prepúcio da criança estava paralisando seus músculos extensores, e, portanto, ao realizar a circuncisão, removeria a fonte de exaustão nervosa, curando a paralisia da criança. Uma semana depois da cirurgia, a paralisia foi curada.

³⁶⁴ Com relação a manutenção dessa cirurgia nos Estados Unidos, segundo Kaicher e Swan (2010, p.20), o que inicialmente era visto como uma medida de saúde pública, tornou-se um símbolo de cidadania americana. Essa marca de distinção separava aqueles que nasceram nos Estados Unidos daqueles que não eram desse país, aqueles que eram limpos e bem-criados daqueles que eram pobres, estrangeiros e anti-higiênicos. A circuncisão nos Estados Unidos permaneceu sendo praticada com grande frequência, embora as justificativas originais para fazê-la, tenham sido esquecidas. Devemos ressaltar que o conhecimento médico avançou desde então, de tal modo que no início do século XX, já era conhecida a teoria microbiana das doenças infecciosas. Além disso, nos anos 1930, já era sabido que a masturbação não causava cegueira, distúrbios psiquiátricos ou qualquer uma das outras doenças que os vitorianos haviam imputado a ela. Desse modo, para esses autores, as razões para a sua permanência nesse país, são puramente históricas.

³⁶⁵ As evidências desses benefícios têm sido amplamente questionadas pela Associação Médica Britânica, que entende que os possíveis benefícios da intervenção, não justificam a sua realização rotineira circuncisão no período neonatal (AMB, 2004).

Ao longo dos anos, em meio ao processo do que Nascimento (2013, p.110) chamou de “laicização” da circuncisão masculina, consolidou-se uma delimitação mais precisa quanto as indicações médicas para a circuncisão masculina para fins terapêuticos. Apesar de existirem muitas indicações, a fimose³⁶⁶ patológica é a mais comum (Ducan et al., 2013; Osinibi et al., 2020³⁶⁷). O médico atuante na APS será muito provavelmente, o primeiro contato de uma criança que apresente uma fimose, sobretudo durante o acompanhamento de puericultura. Caberá a esse médico identificar os casos que demandarão uma intervenção cirúrgica, referenciando-os para o cirurgião pediátrico (Ducan et al., 2013).

No âmbito saúde pública internacional do início dos anos 2000, mais especificamente em 2007, a OMS e a UNAIDS, em meio aos impactos da epidemia mundial do HIV e da AIDS, propõem³⁶⁸ a circuncisão masculina como estratégia preventiva na transmissão do HIV em homens heterossexuais (OMS, UNAIDS, 2007). Assim, esta passa a configurar-se com uma “tecnologia médica para prevenção de HIV” _ circuncisão médica masculina, inscrita no contexto da Saúde Global, para países em desenvolvimento, sobretudo para países da África, com total apoio do Banco Mundial e ONGs.

Houve intensa discussão sobre essa proposição que foi antecedida de muita polêmica e questionamentos em meio a resultados controversos e pouca disposição para questioná-los em fóruns internacionais que precederam sua divulgação organizados pela OMS (Camargo Jr et al, 2013; Giami et al., 2015), em 2007, esta intervenção é anunciada como um meio eficaz para a prevenção do HIV em países e regiões com epidemias heterossexuais, altas taxas de HIV e baixa prevalência de circuncisão masculina (OMS, UNAIDS, 2007). Até hoje, a OMS mantém essa orientação para países em

³⁶⁶ A fimose é definida como a incapacidade de retrair o prepúcio, podendo ser primária (ou fisiológica), ou secundária (ou patológica). A fimose primária ocorre em quase todos os recém-nascidos e resolve-se espontaneamente em mais de 90% dos meninos nos primeiros 5 anos de vida. Enquanto a secundária é definida como prepúcio verdadeiramente não retrátil, secundário a cicatrizes de prepúcio distal, com anel fibroso esbranquiçado, contraído e não distensível. Outras indicações médicas para a circuncisão incluem parafimose, balanopostite crônica ou recorrente, balanite xerótica obliterante, neoplasias de prepúcio e lacerações do frênulo (Burns et al., 2017).

³⁶⁷ Em 2016, o *Instituto Nacional de Saúde* e Excelência Clínica do Reino Unido (*NICE*) também referendou essas recomendações, visando orientar a prática dos Médicos Gerais (GPs) do Sistema Nacional de Saúde (NHS) inglês. No Reino Unido, a circuncisão por motivos religiosos ou culturais não é proibida, porém não são realizadas no NHS por esses motivos, apenas por indicação terapêutica (Osinibi et al. 2020).

³⁶⁸ A OMS e UNAIDS justificaram sua recomendação no resultado de três ensaios clínicos (Auvert et al., 2005; Bailey et al., 2007; Gray et al., 2007) conduzidos na África, entre 2002 e 2006. Em 2009, estes trabalhos foram submetidos a uma revisão sistemática para avaliar a efetividade e segurança de seus resultados. Esta revisão concluiu que havia fortes evidências de que esta intervenção reduzia a aquisição do HIV por homens heterossexuais entre 38% e 66% em 24 meses. A inclusão da circuncisão masculina nas diretrizes atuais de medidas de prevenção do HIV é garantida, com mais pesquisas sendo necessárias para avaliar a viabilidade, conveniência e custo-efetividade da implementação do procedimento nos contextos locais (Siegfried, 2009, p.2).

desenvolvimento, sobretudo no continente africano e América Central, com programas de circuncisão neonatal masculina precoce³⁶⁹ sob anestesia local (OMS, 2010 x) e programas de Circuncisão Masculina Médica Voluntária³⁷⁰ (OMS, 2018; OMS, 2020), com participação de ONGs e Universidades americanas.

Este material foi desenvolvido através de uma parceria da OMS e a JHPIEGO [organização internacional de saúde sem fins lucrativos afiliada a Universidade Johns Hopkins] que ajuda aos provedores e gerentes de programas [de prevenção para HIV] a fornecerem serviços de circuncisão infantil masculina, seguros e de alta qualidade, para fins de prevenção do HIV e outros benefícios para a saúde. O manual baseia-se em experiências com a prestação de serviços na África, no Mediterrâneo Oriental e países desenvolvidos [...] (OMS, Manual de Circuncisão Masculina Infantil Precoce sob Anestesia Local, 2010 x, p.2).

Foto 23 - Homem submetendo-se ao Programa de Circuncisão Médica Voluntária
Uganda

FONTE: DW – <https://www.dw.com/pt-002/circuncis%C3%A3o-masculina-na-mira-da-cr%C3%ADtica/a-38903606>

Apesar do posicionamento da OMS e do UNAIDS, permanece a controvérsia quanto a eficácia, os méritos e os limites da circuncisão masculina como método

³⁶⁹ Quanto aos critérios para o rastreamento das crianças africanas que serão submetidas a intervenção compulsória, a OMS definiu o seguinte: serão realizadas apenas em bebês saudáveis, nascidos a termo e que pesam mais de 2.500 gramas (OMS, Manual de Circuncisão Masculina Infantil Precoce sob Anestesia Local, 2010 x, p.5).

³⁷⁰ As metas de 2021 para a Circuncisão Médica Masculina Voluntária, estabelecidas pela OMS e pela Organização das Nações Unidas Programa sobre HIV / AIDS, visa a circuncisão de 90% de homens com idade entre 10 e 29 anos em certas partes da região África subsaariana. Por meio deste programa, entre 2008 e 2017, quase 18 milhões de meninos e homens adolescentes em 15 países com alta incidência de HIV na África oriental e austral foram circuncidados (OMS, 2018).

preventivo ao HIV (Costa, 2019, p.9). De fato, prevaleceu o saber biomédico, que tende a reduzir a intervenção a uma simples retirada de um pedaço de pele em prol da saúde das pessoas, tentando uma simplificação que esconde o seu caráter violento. A tentativa de dar uma base científica para essa proposta, a reveste de validação técnica e social, sustentada por “evidências” científicas (Knauth, Machado, 2013, p.233-234). Como bem pontuou Camargo Jr et al. (2013, p.780), por se tratar de uma intervenção preventiva delineada por pesquisadores americanos e europeus para países pobres, sobretudo africanos, torna-se impossível não reconhecer pistas de permanências de um passado colonial.

Por um lado, podemos entender o investimento, em nível sanitário internacional, na Circuncisão Masculina como tecnologia médica para profilaxia ao HIV, no início dos anos 2000, em plena terceira década da epidemia, no bojo de um momento, no qual, o investimento financeiro para construir respostas mais bem elaboradas estava em alta. Mesmo naquela ocasião, essa proposição recebeu várias críticas, seja com relação ao modo como foram interpretados os resultados de estudos epidemiológicos que davam suporte a essa intervenção, e pela absoluta desvalorização de estudos sob perspectiva das ciências sociais e humanas. Além disso, era clara a necessidade de reconhecer realidades locais, e associar a essa proposta, intervenções que efetivamente melhorassem as condições de vida da população desses países, não fazendo desta tecnologia mais uma “bala mágica” da Saúde Global (Parker, 2016). Cabe, também, reconhecer o surgimento de problemas sociais e éticos relacionados à ênfase na circuncisão masculina no contexto de uma sociedade sem circuncisão por exemplo, ameaças à masculinidade e virilidade (Rennie et al., 2015).

Além disso, o efetivo acesso da população mundial as novas tecnologias de prevenção biomédica permanecem restrito e limitado, ou se dá de modo isolado, sem qualquer participação da comunidade. Nesse sentido, Parker et al. (2016) e Parker (2016) sublinham a necessidade do envolvimento da comunidade e a construção de uma “pedagogia de prevenção” (em inglês, prevention literacy), com potencial de proteger as pessoas contra as consequências indesejadas da implementação em larga escala de novas estratégias biomédicas. É necessário associar, na esfera da Saúde Global, as novas tecnologias de prevenção com abordagens pedagógicas mais eficazes. Ultrapassando as discussões bioéticas, a circuncisão médica masculina voluntária poderia ser vista como

uma estratégia biomédicas de prevenção baseada em evidências, que deveria estar associada a abordagens comportamentais, estruturais e ambientais. O contexto contemporâneo é de permanência e sobrevalorização das estratégias de prevenção biomédicas, colocando em segundo plano a discussão sobre a sua efetiva utilidade local e a implementação exitosa de esforços de resposta política e social.

Por outro lado, nas últimas décadas intensificaram-se os movimentos anti-circuncisão que se intensificaram nas últimas, dando cada vez mais visibilidade aos resultados negativos observados em homens submetidos a circuncisão, quando recém-nascidos, crianças ou adultos (Arie, 2010³⁷¹; Osinibi et al., 2020).

Tais discussões levaram a tentativa de proibir a realização de circuncisões não-médicas em alguns países europeus, como por exemplo a Islândia³⁷², Alemanha, Noruega e Suécia. O principal argumento para essa proibição é que a circuncisão, principalmente de recém-nascidos ou crianças incapazes de consentir para o procedimento, é uma forma de mutilação causando danos corporais com consequências potencialmente para a vida toda. No entanto, ainda não existe legislação que imponha tal proibição em esses países, devido à extrema oposição de judeus e comunidades muçulmanas. Eles argumentam que a circuncisão simboliza uma parte central de sua liberdade de praticar sua religião. Além disso, existem preocupações de que tornar ilegais as circuncisões não médicas não as impediriam, mas as conduziria clandestinidade, resultando em profissionais não qualificados oferecendo o procedimento e causando danos mais significativos às crianças (Osinibi et al., 2020, p.174,175).

Além disso, não podemos deixar de chamar atenção para o fato de que em meio ao movimento anti-circuncisão, alguns reconhecem em alguns casos, uma motivação islamofóbica e antissionista. Para exemplificar, a seguir temos a manchete da BBC, de 19 de fevereiro de 2018, sobre a discussão em curso na Islândia sobre a proibição da realização da circuncisão masculina religiosa. Para exemplificar, a seguir temos a manchete da BBC, de 19 de fevereiro de 2018, sobre a discussão em curso na Islândia a respeito da realização da circuncisão masculina religiosa

Figura 16 -Manchete sobre proibição de circuncisão religiosa na Islândia

³⁷¹ Segundo Arie (2010), essa intervenção, no máximo, retardaria o contágio por algum período. Tal hipótese foi corroborada pelo fato de que, no continente africano, mesmo nos países onde se realiza a circuncisão rotineiramente nas escolas de iniciação, é alta a incidência de gestantes soropositivas, atingindo mais de 30% na África do Sul (OMS, 2007j).

MUNDO

Islândia pode se tornar primeiro país da Europa a proibir circuncisão religiosa

Parlamento da Islândia discute um projeto que pode punir a circuncisão com até seis anos de prisão. Prática é comum no Judaísmo e no Islã.

Redação - BBC Mundo

19 FEV 2018 16h02

FONTE: BBC, 19 fev. 2018. <https://www.terra.com.br/noticias/mundo/islandia-pode-se-tornar-primeiro-pais-da-europa-a-proibir-circuncisao-religiosa,02fe9268a1f2f845a37394c24cb2469a5tj8memi.html>

No Brasil³⁷³, pelo sistema público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), apenas³⁷⁴ são autorizadas a realização de circuncisões masculinas com justificativas médicas para fins terapêuticos, sendo restrito à sua realização por médicos (Drain, et al., 2006; Korkes et al., 2012). Quanto ao posicionamento do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CRMESP), órgão fiscalizador do exercício da medicina, com relação a realização de circuncisão masculina em meio a um rito litúrgico, podemos vislumbrar seu posicionamento através de sua resposta a consulta feita por um rabino³⁷⁵.

Consulta nº 1.362-08/82

Assunto: A circuncisão é ato médico praticável, portanto, apenas pelo médico.
Relator: Conselheiro Telesforo Bacchella
O presente parecer consulta tem origem em carta subscrita por um rabino, na qual anexa carta de um importante centro médico do exterior, assinada pelo presidente chefe do departamento de cirurgia, na qual informa que é prática estabelecida na cidade de Nova York, a presença do reverendo para o ritual da circuncisão nos recém-nascidos judeus nos hospitais. O Rabino em segunda carta, detalha a circuncisão judaica, informando que esta é realizada pelo reverendo que: executa o corte do prepúcio do pênis, com faca cirúrgica esterilizada; aplica medicação local imediatamente após o corte; enuncia bênçãos religiosas. Informa ainda que deverão estar presentes no recinto: o Rabino, o Reverendo, a criança propriamente dita e o padrinho da criança.

³⁷³ Segundo Korkes et al. (2012), no Brasil, em um período de 27 anos, 1,2% dos homens no Brasil foram circuncidados por motivos médicos. Se considerarmos exclusivamente as regiões do país com melhor acesso ao sistema público de saúde, esse índice sobe para 1,9%.

³⁷⁴ Embora o Brasil tenha assinado a “Declaração Política sobre HIV/AIDS: Intensificando nossos Esforços para Eliminar o HIV/AIDS” (ONU, 2011, item 59-i), pelo qual deveríamos promover a circuncisão médica masculina em locais onde a prevalência de HIV entre heterossexuais for alta e os níveis de circuncisão masculina forem baixos, o Ministério da Saúde não recomenda a implementação dessa política. Justifica essa posição em função desse não ser o quadro epidemiológico do país, pois são maiores os índices de HIV na população de homens que fazem sexo com homens (HSH), para a qual não há ainda resultados satisfatórios de prevenção a IST/HIV por meio de circuncisão. Além disso, também a Sociedade Brasileira de Pediatria não recomenda a circuncisão não-terapêutica durante a infância. (Korkes et al., 2012).

³⁷⁵ Não há junto ao CREMESP, nenhuma consulta feita por parte de representantes da religião islâmica relativas à realização de circuncisão masculina nas mesquitas.

Conclui a segunda carta, dizendo que “por tratar-se de um ato religioso e, apesar de estar ligado a medicina, haveria a possibilidade de um médico presenciar o ato”. A circuncisão é ato médico e como tal é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde, não devendo ser praticado por outro profissional que não é médico. Aprovada na 1240ª em 21/04/87. (CREMESP- Parecer nº 1.362-08/82³⁷⁶)

Do ponto de vista legal, a realização da circuncisão masculina enquanto parte da tradição judaica e islâmica, no Brasil, conta com a proteção constitucional, no capítulo das garantias fundamentais, e uma certa permissão de não ultrapassar certos limites, pelo Código Penal.

Segundo a Constituição Federal de 1988:

Título II
Dos Direitos e Garantias Fundamentais
Capítulo I
Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos[...]
Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, 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, nos termos seguintes:[..]
VI - é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias; [...] (Constituição Federal³⁷⁷, 1988).

Segundo o Código Penal brasileiro:

Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940
Exercício ilegal da medicina, arte dentária ou farmacêutica
Art 282- Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhes os limites:
Pena- detenção, de seis a dois anos
Parágrafo único- se o crime é prática com o fim de lucro, aplica-se também multa. (Código Penal³⁷⁸)

Isso posto, é possível entrever a complexidade do assunto, sendo compreensível a inquietação dos médicos da APS. Embora, possam ter informações relativas à sua realização por motivações culturais, religiosas, e profilática, não é usual deparar-se com usuários demandando as suas realizações, pedindo orientações, ou até com complicações.

³⁷⁶CREMESP- Parecer nº 1.362-08/82. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=3624&tipo=PARECER&orgao=%20Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3o%20Paulo&numero=1362&situacao=&data=00-00-1982>

³⁷⁷Constituição Federal de 1988, disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_5_.asp

³⁷⁸Código Penal, disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/educacao-semanal/execicio-ilegal-da-medicina#:~:text=Art.,seis%20meses%20a%20dois%20anos>.

Por outro lado, é razoável supor que uma Unidade de APS localizada em um território como a Sé, constitui um cenário propício ao encontro entre a racionalidade médica e a racionalidade cultural-religiosa. Os profissionais de saúde serão desafiados a desenvolverem uma perspectiva intercultural sob constante atualização e transformação (Ramos, 2012, p.11).

Os profissionais de saúde necessitam conhecer e compreender as culturas das populações com que trabalham, as suas particularidades comunicacionais e a sua relação com as crenças, os comportamentos de saúde e as práticas de cuidados. Uma das estratégias é a da comunicação culturalmente competente. Algumas das dificuldades comunicacionais em contexto de cuidados de saúde têm a ver com a falta de conhecimento e de respeito dos profissionais de saúde sobre as representações e as crenças de saúde e doença do utente e sobre as relações deste com o seu mundo social, espiritual, cultural e comunitário. Com efeito, os aspectos sociais e culturais podem constituir barreiras e dificuldades aos cuidados de saúde: por um lado, pela sua influência na forma de perceber a saúde e a doença e o recurso aos cuidados de saúde; por outro, pelas dificuldades que os prestadores de cuidados de saúde têm em lidar com as populações que provêm de culturas diferentes, nomeadamente ao nível linguístico, comunicacional e cultural (Ramos, 2012, p.11).

Diante disso, refletimos sobre caminhos possíveis. Um primeiro movimento poderia ser buscar compreender qual o sentido da realização da circuncisão masculina para cada um desses usuários, sírios, africanos e haitianos. No caso dos usuários sírios, que em sua maioria são muçulmanos, é bastante provável que o desejo de realizar a circuncisão masculina se inscreva dentro de um referencial religioso. Essa também pode ser a motivação de muitos usuários africanos, uma vez que em muitos países do norte da África, predominam os muçulmanos, também pode haver motivos culturais³⁷⁹. Além disso, não podemos esquecer que muitos africanos e haitianos (Jessy et al., 2015), podem chegar à cidade de São Paulo trazendo consigo a vivência prévia de ações compulsórias de circuncisão masculina profilática em seus países, fruto de ações da OMS e ONGs.

Também será importante mapear e aproximar-se dos recursos que a comunidade síria, africana e haitiana está recorrendo para realizá-la, sejam pessoas ou instituições religiosas. Este reconhecimento permitirá intervenções que visarão a diminuição de

³⁷⁹ O simbolismo dessa prática pode ser reconhecido ainda nos dias de hoje. Para exemplificar, em dezembro de 2007, a República do Quênia realizou uma eleição presidencial que incluiu candidatos de 2 tribos diferentes competindo entre si. O titular, Mwai Kibaki, pertencia à tribo Kikuyu, e seu oponente, Raila Odinga, pertencia ao Luo tribo. A campanha foi amarga e dividiu o Quênia eleitores em linhas tribais, despertando hostilidades étnicas, especialmente entre membros do Kikuyu e Luo tribos. Um pedaço particular de vitriolo, que chocou observadores eleitorais estrangeiros, foi uma declaração feita em um Estação de rádio Kikuyu sobre a tribo Luo, na qual foi disse: “Essas pessoas não são circuncidadas. Não podemos ser conduzidos por eles; então não vote neles” (Thompskin, 2007). Como o status da circuncisão pode afetar sua capacidade de ocupar cargos políticos pode não ser óbvio para o observador estrangeiro. Portanto, a circuncisão tem sempre foi, e continua a ser, um poderoso símbolo de status, conferindo benefícios e responsabilidades para aqueles que têm suportou-o ao longo da história (Kaicher, Swan, 2010).

riscos. Os profissionais poderão também aproveitar vários momentos do dia a dia da Unidade, desde as consultas de pré-natal, puericultura, grupos com pessoas da comunidade, entre outros, para abordar esse tema (Palit et al, 2007).

Para fins de ilustração, gostaríamos de compartilhar a estratégia utilizada pelo Ministério de Assuntos Sociais e Saúde da Finlândia, com a preocupação de orientar todos os estrangeiros, entre eles, muitos refugiados, que chegam no país, com relação a circuncisão masculina. Para tal, o Serviço de Imigração Finlandês disponibiliza um folheto em sete idiomas (árabe, inglês, finlandês, sueco, dari³⁸⁰, somali, e curdo), no qual orienta como proceder se desejarem realizar a circuncisão masculina não médica. Deixa claro o sistema de saúde não arcará com esse custo, porém se propõem a sublinhar alguns cuidados, e sobretudo respeita a decisão da criança, caso seja capaz de decidir.

Na Finlândia, não há necessidade de circuncidar meninos por razões não médicas. Se o menino é circuncidado ou não, isso não afeta a posição e os direitos desse menino na sociedade finlandesa. A circuncisão não médica também faz parte da cultura e religião de certas comunidades na Finlândia. Cerca de 400 meninos são circuncidados todos os anos na Finlândia por razões não médicas. Se você deseja que seu filho seja circuncidado, siga as diretrizes emitidas pelo Ministério de Assuntos Sociais e Saúde:

1. Apenas um médico que tenha o direito de exercer a medicina em na Finlândia, pode realizar uma circuncisão. Você pode descobrir esses médicos que realizam este procedimento junto aos representantes de sua cultura ou religião que vivem na Finlândia.
2. Circuncisões não médicas não são cobertas publicamente cuidados de saúde financiados e, portanto, não são realizados em centros de saúde ou hospitais públicos. Se você quer que seu filho seja circuncidado, você tem que providenciar através do privado sistema privado de saúde. Na Finlândia, circuncisões por motivos médicos são cobertas pelo financiamento público da saúde. [...]
3. O médico deve certificar-se de que o procedimento seja realizado em um ambiente limpo ou estéril, de modo que a ferida não inflama.
4. A circuncisão causará dor ao seu filho. O médico realizando o procedimento deve garantir que seu filho receba analgésicos suficientes antes e após o procedimento.
5. A circuncisão, às vezes, pode causar efeitos colaterais. Após o procedimento, seu filho pode, por exemplo, desenvolver uma inflamação. Uma ferida inflamada pode sangrar e ficar dolorida. Não há muitas informações sobre os possíveis efeitos no longo prazo. O médico deve fornecer todas essas informações antes de você dar seu consentimento para a realização do procedimento. O médico fornecerá instruções sobre o que fazer após o procedimento.
6. Os tutores devem dar o seu consentimento para a circuncisão. Se o menino tem dois tutores, o consentimento de ambos os tutores é requerido. Você tem que assinar um papel dando seu consentimento para a circuncisão de seu filho.
7. Seu filho deve dar consentimento para a circuncisão. Você também deve pedir a seu filho que dê consentimento para a circuncisão, se ele estiver em uma idade em que é possível discutir este assunto. Você e o médico que realizará o procedimento deve informá-lo sobre o procedimento da melhor

³⁸⁰ O *dari* é a versão do persa falada no Afeganistão.

maneira possível. Se o menino já é capaz de entender o significado do procedimento e não quer prosseguir com isso, o procedimento não pode ser executado. A partir dos 12 anos, seu filho deve ser capaz de entender o procedimento, mas a capacidade de compreensão varia entre as crianças da mesma idade.

8. Como tutores do menino, você pagará os custos da circuncisão (Ministério da Saúde da Finlândia)

Nossa intenção não é de modo algum propor estratégias pré-determinadas, uma vez que a definição do caminho se dará partir da combinação da realidade de cada território, a necessidades de cuidado dos refugiados, e a plasticidade da equipe de saúde. Trata-se de um grande desafio, onde a única certeza é que a clandestinidade da prática aumenta os riscos de complicações.

6.2 Precarização do trabalho e Atenção Primária frágil fazem mal à saúde

O fluxo de refugiados sírios para a cidade de São Paulo se inscreve no bojo da manifestação atual dos fluxos migratórios internacionais que decorrem do que se convencionou chamar de globalização, entendida como o presente estágio do capitalismo tardio. Entre esses fluxos migratórios, temos o deslocamento de pessoas e grupos expulsos de seus países em decorrência de conflitos armados locais, no caso da Síria, uma atroz Guerra Civil em curso desde 2011. Tendo-se em conta que as manifestações civis da Primavera Árabe que antecederam a eclosão da guerra, decorreram de insatisfações com os impactos da hegemonia neoliberal sob a vida do cidadão sírio.

Isso posto, voltamos nossa atenção para a inserção desses refugiados na dinâmica da cidade de São Paulo. De modo geral, percebe-se que esses grupos, em geral, são incorporados a economia informal dos centros urbanos dos países de destino, que em sua maioria estão localizados no Sul global, e, portanto, são países em desenvolvimento. Nesses espaços urbanos, em geral, se instalaram em áreas precárias, com condições de trabalho e moradia longe do ideal. Na cidade de São Paulo, enquanto uma das grandes cidades brasileiras, estarão expostos aos processos de violência estrutural, e isso deve ser levado em conta, uma vez que têm estreita relação com a vulnerabilidade das condições de vida desses indivíduos e a sua capacidade de manter-se saudável (Goldberg, 2014).

Com relação ao impacto das condições de trabalho sobre a saúde dos refugiados sírios, trazemos o relato de Ibrahim³⁸¹, refugiado sírio, 33 anos, que chegou na cidade de São Paulo com sua esposa e um filho, há aproximadamente quatro anos. Na Síria, ele tinha um pequeno comércio no qual consertava celulares. Depois que chegou em São Paulo, conseguiu um trabalho em uma loja que vendia celulares na Galeria Pajé, localizada na rua 25 de março, no centro da cidade, sendo encarregado de abri-la diariamente, levantando sozinho uma pesada porta de ferro. Até que um dia, após estar nessa atividade há 6 meses, ao levantar esta porta, sentiu uma dor lancinante na região lombar, que o levou imediatamente ao Pronto-Socorro. Desde então, há um ano e dois meses não conseguiu mais trabalhar, passando a conviver com dores lombares diárias, que pouco respondem a analgésicos, e que o incapacitou para o trabalho.

Agora não consigo mais trabalhar. Antes conseguia mais ou menos. Há 1 ano e dois meses, quando eu abri a porta da loja na galeria Pajé deu um problema no disco da coluna. Agora, eu só tomo remédio e vou no hospital, porque tenho muita dor. Eu trabalhava na loja vendendo celular. Agora vou para muitos hospitais, [Hospital] das Clínicas, Santa Casa, muitos hospitais. [Nesse momento, Abdala foi lá dentro e retorna com uma sacola cheia de exames.] Eu agora estou indo para Santa Casa. Tenho agendamento lá. Na primeira consulta, médico falou para mim, “faz outra foto [radiografia], porque esse é antigo” [se referindo ao RX]. Depois eu fiz outra foto [radiografia] na Santa Casa. Depois [o médico] falou, “precisa esperar mais para cirurgia”. Depois de mais ou menos seis meses pediu para mim outra foto. Eu voltei em novembro, e agora em maio fala que precisa outra foto. Eu disse para ele, “Olha, não pode fazer a cirurgia? Por que não faz a cirurgia para poder melhorar? Estou ruim e não posso esperar mais. Aí, médico pediu novo exame [Ibrahim me mostra o pedido de eletroneuromiografia de membros inferiores]. A Santa Casa disse que não está fazendo esse exame agora, porque o aparelho está quebrado. Estou esperando. O médico disse que primeiro tenho que melhorar e depois pode fazer a cirurgia. Fiz fisioterapia, fiz acupuntura, faço tudo, mas [silêncio] tudo isso não melhora muito [silêncio]. Tudo isso chega pouco na dor. [pergunto onde fez fisioterapia]. Fiz na Santa Casa e fora da Santa Casa. Tem uma doutora que faz para mim. Nome dela é Júlia³⁸². Ela trabalha no Hospital Nove de Julho. Ela trabalha com a Compassiva³⁸³ [uma Organização Não-Governamental]. A Compassiva faz para mim acupuntura. Tem também outro doutor chinês que faz acupuntura para mim, que é também da Compassiva. É com uma pessoa lá da Compassiva que vou na doutora que faz fisioterapia. Quando eu vou para tudo, doutor, hospital, tem uma mulher da Compassiva que vai comigo para tudo. Ela conhece tudo, se não fico perdido, não é? [pergunto a Ibrahim se chegou a buscar ajuda na UBS para

³⁸¹ Nome fictício

³⁸² Nome fictício

³⁸³ A Compassiva é uma organização social que atende crianças, adolescentes, mulheres e refugiados em situação de vulnerabilidade na cidade de São Paulo. Esta ONG iniciou sua atuação em 1998, junto com o Projeto 242, a partir de ações sociais para crianças em situação de rua, usuários de drogas, travestis e famílias da comunidade local, concentrando sua atuação na região central da cidade de São Paulo, principalmente nos bairros do Glicério, Luz, República, Vale do Anhangabaú, região da “Cracolândia” e praça da Sé. Em 2005, foi criado o termo ‘Compassiva’, mas somente em 2010 é que ele se tornou o nome oficial da iniciativa. A Organização tem parceria com ACNUR, a Cáritas Arquidiocesana de São Paulo; entre outras (Informações disponíveis em <https://compassiva.org.br/>).

esse problema] fui lá uma vez só. Vou muito na AMA³⁸⁴.[...] (Ibrahim, 33 anos, refugiado sírio).

O relato de Ibrahim suscita a discussão sobre a precariedade das condições de trabalho a que estão expostos os refugiados sírios na cidade de São Paulo, e o impacto dessa contingência sobre sua saúde. Foi durante a execução de uma atividade sub-remunerada e sem qualquer vínculo trabalhista que lesionou a coluna vertebral lombar, desenvolvendo uma Hérnia de Disco. Á seguir, Ibrahim passou a enfrentar dificuldades para acessar e transitar pela rede de atenção à saúde na cidade de São Paulo, buscando o apoio de uma Organização Não-Governamental, *Compassiva*, que atua junto a refugiados sírios, tudo isso permeado pelo vínculo frágil com a APS.

Para além de dificuldade estruturais e operacionais de nosso sistema de saúde, não podemos deixar de levar em consideração a experiência prévia que os sírios tinham com seu sistema de saúde, e sobretudo, o cardápio de APS que consumiam e como o percebiam. Naturalmente, o nível socioeconômico desse cidadão irá determinar os cuidados de saúde que irá consumir. Mesmo assim, em linhas gerais, podemos depreender, a partir da literatura sobre o assunto e o material empírico de nossas entrevistas, como isso de dava.

A partir do início do governo de Hafez al-Assad, em 1970, houve um investimento³⁸⁵ em serviços públicos de saúde, com a instalação de centros de saúde, sobretudo nas áreas rurais, e a construção de muitos hospitais nas áreas urbanas (Batatu, 1999, 63-66). Nestas unidades de atenção primária, essencialmente, era oferecido vacinação e consultas de puericultura e pré-natal. Porém, a partir do final da década de 1980 iniciou um discreto processo de liberalização econômica, iniciando-se uma desaceleração desses investimentos públicos (Haddad, 2012, p.125-126, apud. Costa, 2016, p.43). A partir dos anos 2000, já sob o comando de Bashar al-Assad, o processo se acelera, com abertura para prestadores de assistência privada de forma não

³⁸⁴As unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA) foram criadas pela Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, no ano de 2005, iniciou a instalação desses serviços. Em geral, são unidades acopladas às unidades básicas de saúde, que tem como objetivo ampliar o acesso de pacientes que necessitam de atendimento imediato, racionalizar, organizar e estabelecer o fluxo de pacientes para as unidades básicas de saúde, ambulatorios de especialidades e hospitais (Puccini, 2008, p.2756).

³⁸⁵ A transparência com relação aos indicadores de saúde é um grande problema na Síria. Segundo dados do Ministério da Saúde da Síria, entre 1970 e 2009 houve uma melhora nos indicadores de saúde do país. A expectativa de vida ao nascer passou de 56 anos em 1970 para 73,1, em 2009. A mortalidade infantil passou de 132 por 1.000 nascidos vivos em 1970 para 17,9, em 2009. A mortalidade materna caiu de 482 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos em 1970 para 52 em 2009. (Ministério da Saúde da Síria. dados disponíveis no site: <http://www.moh.gov.sy/Default.aspx?tabid=248&language=en-US>)

regulamentada, tendo início um intenso processo de privatização da assistência à saúde (Alsadat et al., 2012; Kherallah et al., 2012).

O sistema de saúde da Síria nas vésperas da eclosão da Guerra, em 2010, consistia em um sistema público administrado pelo governo, que oferecia principalmente serviços de atenção primária, representados pelos centros de saúde, oferecendo os mesmos serviços que em 1970. Prevalcia um sistema de copagamento de taxa para fornecedores privados disponíveis para consulta, exames diagnósticos e venda de medicamentos, que se concentravam em centros urbanos, como Damasco e Aleppo. O pagamento integral para fornecedores privados e copagamento para hospitais públicos correspondiam a 60% dos gastos com saúde dos sírios em 2008 (Mershed et al., 2012; Sen, Faisal, 2012). Segundo Kherallah et al. (2012), o processo de liberalização do sistema de saúde e o fornecimento de maior autonomia para o setor privado, resultou em um aumento da desigualdade no acesso ao cuidado da saúde do cidadão síria, afetando os menos capazes de arcar com esses custos. A assistência à saúde na Síria era essencialmente hospitalocêntrica, com algumas categorias profissionais usufruindo de uma rede de assistência específica, como os militares e policiais (Ben Taleb et al. 2015).

Sobre a experiência prévia dos refugiados sírios com relação a utilização do sistema de saúde de seu país, vamos elencar a seguir alguns relatos:

[Em Aleppo] Tem posto de saúde, mais ou mesmo o mesmo daqui. Não paga. Lá tem uma coisa diferente: tem hospital só para hospital só para polícia, e não paga. Tem hospital para outros trabalhadores, só para eles. Tem também hospital para tudo. Não paga, mas é mais ou menos ruim. Quando quer bom, tem que pagar[...] Eu ia nesse hospital, porque meu pai era policial. Era mais ou menos, não era ruim, mas também não era bom, era mais ou menos. (Ibrahim, refugiado sírio).

Eu levava meus filhos para vacinar no posto. Quando estava grávida, fazia o pré-natal. Meu tio, irmão de minha mãe era pediatra. Quando tive filho, levava direto para ele. Quando tinha problema de saúde com as crianças, levava nele, na clínica dele. Quando tinha problema mais sério, levava para o hospital (Asmaa, refugiada síria).

Quando ficava gripada, eu ia no doutor. Ia na UBS para tomar vacina. A gente tomava vacina na escola também. [...] Meu pai e minha mãe não usava o posto, só a gente que era criança para tomar vacina (Kezia, refugiada síria).

De fato, a condição laboral dos refugiados não se diferencia da experienciada por grande parcela da classe trabalhadora brasileira, expostos às pressões advindas da crise econômica e da precarização do trabalho. Soma-se a sua condição de refugiado, que tem

que enfrentar muitas barreiras para deslocar-se, os impactos do capitalismo transnacional e financeiro, que ao contrário, não enfrenta barreira, circulando livremente, e que impacta negativamente as condições de vida de países periféricos como Brasil, no qual, estará exposto ao trabalho informal, o desemprego, e sucateamento em todas as dimensões da vida (Castells, 1999). Sua condição de vulnerabilidade social os torna mais suscetíveis a terem que sujeitar-se as condições desumanas de trabalho. Em suma, o que se passa à nível local não está deslocado dos impactos do neoliberalismo mundial e localmente (Coimbra, Orchard, 2020). Como nos diz Butler (2018, p.31-40), a contrapartida de uma vida precária é uma vida com direitos sociais e econômicos que sejam efetivamente atendidos para que as condições de uma vida decente sejam garantidas. Infelizmente, a vida precária tem sido a condição hegemônica.

Como nos diz Vainer (2016), diante da precariedade das condições de trabalho, manifesta nos baixos salários e na subcontratação, evidenciado nas grandes cidades, os trabalhadores imigrantes e refugiados são funcionais como força de trabalho sobrando e excedente, e em tempos de crise do capital este “estoque” é usado para o rebaixamento do preço da força de trabalho e das condições de trabalho.

Diante da deficiência estatal em disponibilizar um suporte adequado aos refugiados no Brasil, a atuação de diversas ONGs tem sido primordial (Bógus, Rodrigues, 2011, p.108). Algumas, como a “Compassiva” tem uma atuação específica junto aos refugiados sírios na cidade de São Paulo, concentrando-se em quatro necessidades básicas: saúde, alimentação, moradia e integração social. Com relação a saúde oferecem um suporte individualizado, acompanhando os refugiados nas consultas e nos agendamentos de exames e consultas.

Outro aspecto que desejamos sublinhar é a potencialidade da APS na coordenação do cuidado de usuários que necessitem de assistência especializada no nível secundário ou terciário do sistema de saúde. No caso de Ibrahim, em função da complexidade do caso, foi necessário acessar recursos diagnósticos e terapêuticos com maior densidade tecnológica. Entretanto, mesmo quando esse referenciamento se faz necessário, a Equipe de Saúde da Família teria um papel importante na coordenação do cuidado. Portanto, o vínculo com a APS pode constituir um fator de proteção, construindo junto com ele seu plano de cuidado, e o apoiando no seu itinerário terapêutico.

Adotaremos aqui uma concepção de coordenação de cuidados que a considera como uma articulação harmoniosa entre diferentes profissionais e serviços de saúde, que tem por objetivo comum garantir uma atenção integral e de qualidade aos usuários, de acordo com suas necessidades (Núñez et al., 2006). Entretanto, para que essa coordenação fina do cuidado, sobretudo do ponto de vista clínico ocorra, é essencial que usuário e Equipe de Saúde da Família estejam vinculados, e que os refugiados não permaneçam “invisíveis” ao serviço e vice-versa. Com relação a cuidado, nos diz Ayres (2004).

Por isso, para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação (Ayres, 2004, p.27).

Tal vinculação, no caso dos usuários sírios, na condição de refugiados, torna-se um desafio. Entre os desafios, a questão comunicacional é a mais apontada, mas há também o estranhamento com relação ao *modus operandi* do sistema de saúde brasileiro, dificuldades para deslocar-se pela cidade, entre outras questões. Torna-se imprescindível também que o serviço de APS local faça um permanente mapeamento das diversas instituições públicas e ONGs que atuam junto aos refugiados no seu território de abrangência e trabalhe em rede com elas.

Portanto, torna-se essencial que o profissional de saúde não se restrinja ao diagnóstico clínico, e seja sensível as contingências envolvidas na origem do adoecimento. Os adoecimentos relacionados a atividade laboral, também fazem parte do dia a dia de uma Unidade de APS (Lacerda e Silva et al., 2014). Sobretudo, questões de gênero, relativas à relação dos homens com a UBS, o acesso dos moradores da área de abrangência, que não conseguem utilizar o serviço que funciona em horário comercial, e o quanto a APS é sensível ao atendimento dos trabalhadores presentes em sua área de abrangência.

No plano jurídico, tanto os imigrantes quanto os refugiados residentes no Brasil, têm direito ao acesso às políticas públicas governamentais, embora a obtenção desses recursos seja um calvário³⁸⁶, fazendo com que na prática, esse acesso seja precário (Bórgus, Rodrigues, 2011, p.111). Em estudo recente realizado por pesquisadores do Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Universidade de Campinas (2007), que entrevistou 2.409 famílias de refugiados

³⁸⁶ Embora, em 2017, o Supremo Tribunal Federal tenha se pronunciado positivamente sobre o direito de imigrantes e refugiados pleitearem o recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BCP), uma que preencham os requisitos legais (idade e deficiência), o caminho para obtê-lo torna-se um calvário. Habitualmente, eles encontram barreiras na aferição do critério de nacionalidade no ordenamento jurídico interno, tanto no âmbito administrativo como judicial para usufruí-lo, mesmo que sejam direito consagrados constitucionalmente, na legislação interna e nos tratados internacionais (Diniz, Luz, 2018, p. 1269).

sendo 1.015 em São Paulo e 1.394 no Rio de Janeiro, tendo por objetivo obter informações sobre as condições de vida dos refugiados no Brasil, observou-se que do total de refugiados reconhecidos que vivem em São Paulo, 26,4% reúnem as condições para serem beneficiários de programas assistenciais de transferência de renda, pois têm renda per capita entre R\$60,00 e R\$120,00. Todavia, em relação aos programas de proteção social, somente foi relatado um caso de recebimento do Bolsa Família, no município de Hortolândia/SP (Aydos, Baeninger, Domingues, 2008).

Com relação ao programa Bolsa Família³⁸⁷, vale ressaltar que o regulamento desse programa governamental de transferência de renda, associada ao acesso a direitos sociais, não possui nenhuma característica restritiva em relação às famílias que poderão receber os benefícios, a não ser sua condição de pobreza ou extrema pobreza. Portanto, se o estrangeiro residente se encontrar nessas condições, e cumprir com as condicionalidades do programa, ele tem o direito de acesso ao Bolsa Família garantida pela Constituição de 1988. Contudo, há uma subutilização desse direito por parte dos refugiados, resultante de uma combinação de fatores, que vão desde o desconhecimento desse direito até a dificuldade para sua operacionalizar (Bórgus, Rodrigues, 2011, p.111).

Para além dessas dificuldades, eles podem ser vítimas de comentários xenofóbicos, que identificam o refugiado como um concorrente por direitos sociais, como o relato de Nawaf, refugiado sírio de 32 anos, que chegou no Brasil em 2012, e conseguiu abrir um restaurante de comida árabe, além de trabalhar como intérprete de árabe no Escritório paulista do CONARE.

Vou falar para você, tem gente às vezes, quando foi parar dentro de uma igreja evangélica, que diz:” Ah, veio aqui para roubar Brasil”, “ganha bolsa família, ganha tudo, ganha não sei”. Ah, coitadinhos, eles não sabem de nada, entendeu. Como eles fazem mal para comunidade brasileira. Quando alguém como eu, junta a família, juntar dinheiro para abrir restaurante, e tem mais de 50% dos que trabalham comigo, brasileiros, porque precisam de trabalho, né! [...] Na verdade, quando os sírios chegam aqui, não tem estrutura para receber eles. É verdade que todo mundo, todos eles agradecem ao povo brasileiro que realmente abraçou eles. Mas depois, devagarzinho, os sírios começaram a entender o que acontecia. Hoje, realmente, 90 % dos refugiados sírios que chegou no Brasil já foi embora. Sobrou agora, vamos falar 10 % do total. Porque eles gostam do Brasil, gostam de ficar no Brasil, do povo brasileira, entendeu. Mais aqui não é paraíso. Não é questão de dinheiro. O povo é

³⁸⁷ No Brasil, essa é a única proteção social oferecida ao refugiado, e que tem como finalidade transferir renda (dinheiro), às famílias em situação de extrema pobreza, de modo que consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza. A inserção dos refugiados no programa passou a ser considerável a partir de 2015 e diversas matéria jornalísticas abordaram o tema. Disponíveis em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/10/151013_bolsa_familia_sirios_lab, acesso em 20/10/2017, <https://www.terra.com.br/noticias/brasil/sem-programa-especifico-para-refugiados-brasil-coloca-centenas-desirios-no-bolsa-familia,05d170a69870e37863deaca97054280srme1zw3.html>, acesso em 20/10/2017.

social, então eles acabam ficando. Mas, muitos refugiados que têm dinheiro, já foram para a Guiana Francesa. Lá eles atendem o refugiado de forma melhor. Paga para cada um, mais a moradia. Todas as coisas que todo mundo assinou com a ONU, mas ninguém faz nada. Entendeu? Quando o refugiado chega aqui, tem que ter moradia. Tem que ter sustento. Acho que só três por cento dos refugiados conseguem bolsa família, três por cento é muito pouco, é complicado (Nawaf, refugiado sírio, 32 anos).

Com relação a percepção do refugiado como um “concorrente”, Deisy Ventura (2014) faz algumas ponderações:

[...]Quem ousaria dizer que a educação e a saúde brasileira não comportam cerca de 1% a mais de atendimentos ou vagas? [...] Estes são os famosos mitos sobre as migrações. Sobre a saúde, se o problema do SUS fosse a presença de estrangeiros no Brasil poderíamos ficar muito felizes. Infelizmente, o pequeno percentual de trabalhadores migrantes não é de longe, a causa da sobrecarga do atendimento das unidades do SUS. Além disso, os migrantes pagam impostos do mesmo modo que nós. Até os que não conseguiram regularização migratória pagam impostos, como por exemplo, o ICMS. Quanto à questão do emprego, não há estudo sério que evidencie perda para brasileiros em matéria de mercado de trabalho[...] Creio que as entidades sociais que lidam com direitos dos migrantes têm absoluta convicção de que se trata de mero preconceito. Quanto à opinião pública, dispõe de pouca informação, quase sempre tendenciosa, é difícil precisar o que nela predomina. (Entrevista de Deisy Ventura ao Instituto Humanitas Unisinos³⁸⁸, em 30 de outubro de 2014).

³⁸⁸ Entrevista disponível na íntegra em: <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/536701-o-mais-dificil-e-fazer-com-que-as- pessoas-vejam-o-imigrante-como-a-si-proprias-entrevista-especial-com-deisy-ventura>

Foto 24 - Família síria deixa mesquita em São Paulo; com crise, refugiados trocam Brasil por Guiana Francesa

FONTE: Folha de São Paulo (17/03/2016). Disponível em:
<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/patriciacamposmello/2016/06/1777708-com-crise-sirios-trocam-brasil-pela-guiana-francesa.shtml>

A matéria publicada na Folha de São Paulo, em março de 2016, discorre sobre as dificuldades enfrentadas pelos sírios no Brasil, e os impulsiona a buscar novos destinos possíveis.

Vida difícil no Brasil desanima refugiados sírios; neste ano [2016], muitos saíram daqui e foram para a Guiana Francesa, onde ganham 300 euros por mês e casa de graça. O sírio Anas Hafez, 34, tinha uma vida tranquila em Damasco: trabalhava na área de logística e era especialista em cadeia de fornecimento. Em 2011, veio a guerra, a crise econômica, e ele perdeu o emprego. Resolveu emigrar para fugir da violência e refazer sua vida em outro país. O Brasil pareceu um ótimo destino —o governo facilita a concessão de vistos para cidadãos afetados pela guerra na Síria. Chegou em São Paulo em novembro de 2013. Trouxe os pais, a mulher e os dois filhos. "A vida no Brasil tem vantagens e desvantagens; mas o grande problema é que até agora não consegui achar um emprego bom", conta Hafez. Apesar do currículo extenso, ele desistiu de procurar algo em sua área e começou a fazer trabalhos de caligrafia árabe. "Era um hobby e virou meu emprego", conta. Ele faz quadros e plaquinhas com mensagens e nomes em caligrafia árabe. Como outros 45 refugiados, Hafez montou uma barraquinha no Festival Árabe, que se realiza todos os finais de semana no Brás, desde o fim de abril. Mas o movimento está fraco e Hafez está com dificuldades para se sustentar. Essa história se repete com muitos refugiados sírios que vieram para o Brasil. "O Brasil abriu as portas, mas não dá nenhuma assistência", diz o sírio Amer Masarani, que vive há décadas no Brasil e abriu a ONG Oásis solidário, que ajuda cerca de 550 refugiados e oferece aulas de português e árabe. "Moradia é difícil, por que eles não têm fiador para alugar uma casa ou apartamento; muitos ainda não têm documentação, e não conseguem fazer muita coisa só com o

protocolo."Tem sírio vendendo celular, roupa, trabalhando em gráfica, em metalúrgica, fazendo camiseta. E a maioria abriu barraquinhas ou restaurantes de comida árabe. [...] No Brasil, está em estudos a ampliação do BPC (Benefício de Prestação Continuada) para cobrir também refugiados —hoje a ajuda é dada a deficientes e idosos cuja renda mensal per capita é inferior a um quarto de salário-mínimo (R\$ 220). [...] (Folha de São Paulo, 17 mar. 2016).

Assim, a saúde dos refugiados sírios será impactada por uma série de situações que experimentará no dia a dia, sendo a questão laboral, uma delas. A violação de seus direitos fundamentais, bem como situações de exploração, discriminação e estigmatização são parte das experiências dessas pessoas, o que terá efeitos sobre sua saúde, uma vez que desigualdades sociais resultam em iniquidades em saúde (Goldberg, 2014; Goldberg et al., 2015). Serviços de APS devem ser sensíveis ao reconhecimento do impacto dessas situações e buscar discursões e intervenções intersetoriais.

6.3 Entre o sofrimento mental e a resiliência

A experiência de ter a vida atropelada por um tal grau de ameaça à sua integridade física e mental, a ponto de ser obrigado por uma questão de sobrevivência, a fugir, abandonando sua casa, e muitas vezes familiares e amigos, é por si só bastante traumática. A migração forçada é impulsionada pela convicção de que não é possível permanecer, e que o se seguirá será marcado por incertezas. Em decorrência do caráter involuntário e repentino do seu deslocamento, os indivíduos transportam consigo muito pouco do que então caracterizava sua identidade. Por outro lado, essas partidas são simultaneamente marcadas por um instinto de sobrevivência e pelos potenciais sofrimentos psíquicos relacionados às perdas e ao traumatismo aos quais esses indivíduos são expostos não apenas o período pré-migratório, mas também no pós-migratório, que pode nunca terminar (Martins-Borges, 2013, p.151).

Podemos vislumbrar a relevância da intersecção entre a condição de refugiado e o seu impacto sobre a saúde mental, através da revisão de literatura internacional sobre o assunto, realizada por Galina et al. (2017). Segundo esses autores, até 2008 as publicações sobre o tema eram pouco expressivas, e intensificaram-se a partir de 2009,

com destaque para o ano de 2013 até o pico observado em 2015, período no qual a Guerra Civil síria já estava em curso.

Gráfico 11 - Distribuição das publicações por ano

FONTE: Galina et al. (2017, p.300)

Vários autores (Miller, Rasco, 2004; Marshall et al., 2005; Kolassa et al., 2010; Pedersen, Kienzler, 2013) concordam quanto aos altos níveis de estresse psicológico experimentados por refugiados e pessoas em deslocamento ao redor do mundo, e a potencialidade de desenvolverem desordens mentais, como: Depressão e Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), entre outros distúrbios. Além disso, estes autores vêm estudando as consequências da situação de refúgio na saúde mental de distintas populações, evidenciando associações entre traumas no processo migratório e condições de vulnerabilidade e desenvolvimento de transtornos mentais.

Para iluminar nossa discussão sobre o assunto, tomaremos a seguir, fragmentos de narrativas feitas por refugiados sírios e suas famílias. Inicialmente, temos a narrativa de Kezia, uma adolescente de 15 anos, que em 2012 deixou a Síria juntamente com sua família: pai (60 anos), mãe (52 anos), e dois irmãos (19 e 20 anos). A seguir, eles se deslocaram para o Líbano, onde foram acolhidos por familiares de seu pai residentes

nesse país, onde permaneceram por quatro anos. Em Aleppo, antes de fugirem, a família residia no bairro de Qadir Askar, onde o pai de Kezia, Taim, 60 anos, trabalhava como pintor de decoração, sua mãe cuidava da casa, e ela e os irmãos estudavam. Em 2016, a família veio para a cidade de São Paulo. Sobre o percurso percorrido na cidade de São Paulo após a chegada da família e o sofrimento mental como um dos gatilhos para desencadear a fuga da Síria, nos conta Kezia, 15 anos, refugiada síria:

Aconteceu a guerra, e a minha mãe ficou doente. Meu pai ficou com medo que acontecesse alguma coisa com ela. Então, a gente saiu para o Líbano, onde meu pai tem a família dele. Minha mãe ficou nervosa. Os nervos dela cansaram, porque ela tinha medo. Ela tinha medo de perder algum filho, porque viu no “tv” que as famílias estavam perdendo os seus filhos. A gente não conhecia nada aqui no Brasil. Nunca tínhamos pensado em vir para São Paulo. Simplesmente a gente veio³⁸⁹ e ficou em São Paulo. Primeiro a gente ficou na Liberdade, na Ocupação Leila Khaled³⁹⁰ e depois fomos para São Roque, onde ficamos por oito meses. Depois voltamos para São Paulo, onde estamos há 1 ano mais ou menos (Kezia, refugiada síria).

Foto 25 - Civis Fugindo do bairro de Qady-Askar, na região Leste de Aleppo

³⁸⁹ Cabe assinalar que a partir de 2012, o CONARE simplificou o procedimento para declaração do status de refugiado aos sírios, e o Departamento de Estrangeiros regulamentou a facilitação da concessão de permanência com base na reunião familiar, dentre outras medidas.

³⁹⁰ Após serem despejados de outros prédios por forças policiais, os moradores se reuniram num gigantesco edifício abandonado no bairro da Liberdade, acolhendo uma série de refugiados palestinos e sírios. Por afinidade, o prédio acabou se dividindo em dois: os andares superiores abrigam os moradores árabes, enquanto os brasileiros ocupam os andares de baixo. Esse local foi batizado como Ocupação Leila Khaled. Leila Ali Kahled é uma militante da Frente Popular para a Libertação da Palestina que se tornou famosa nos anos 1970 por ser uma das poucas mulheres árabes envolvidas em atividades revolucionárias (para maiores informações, sugerimos “Babel SP”: série documental da HBO. Criação e direção de André Amparo).

FONTE: The Aleppo Project, 13 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://www.thealeppoproject.com/it-is-not-over-yet/amc-civilians-fleeing-sakhour-through-qadi-askar/>

Aqui em São Paulo, receberam ajuda da Mesquita Brasil, sobretudo com o aluguel do apartamento onde moram, e a locação de carros para que seus dois irmãos pudessem trabalhar como motoristas de aplicativo (Uber).

Temos também o relato de Asmaa, 33 anos, refugiada síria que deixou a cidade de Hama, na Síria, há três anos, em 2013. Naquela ocasião, deixou o país acompanhada de seu primeiro esposo e dois filhos de 6 e 4 anos.

Eu saí da Síria e antes fiquei três anos na Jordânia. Depois eu vim aqui para o Brasil há dois anos. Eu saí da Síria porque estava muito perigoso lá. [Nesse momento, seu filho de nove anos que acompanhava a conversa, interrompe a fala da mãe] “Tinha bomba, muita bomba lá”. [Asmaa continua falando] Muito perigoso lá. Tem bomba na rua, não tem segurança para nada, não pode andar. E quando você queria sair, a cada cinco metros tinha polícia de Bashar. Não pode andar muito, não conseguia sair para nada. Não podia brincar lá fora, não tinha segurança para fazer nada. [...] Antes eu era professora de matemática e dava aula. Meu marido [risos], antes meu marido anterior era engenheiro químico. Ele saiu comigo para a Jordânia, com o meu marido de agora, que é irmão dele. Quando fui para a Jordânia, e não gostei nada. Não gostei do clima, e não tinha trabalho. Era o Campo de Zaatari³⁹¹. Lá é muito difícil, é muito frio e tem muito lixo. Não era bom para as crianças. Então, meu marido resolveu voltar para Síria. Ele ia nos avisar quando tivesse boa segurança para voltarmos. Ele disse: “Eu chamo vocês”. Quando ele saiu e voltou para a Síria, ele já morreu, como muitas famílias com crianças. Quando ele morreu na Síria eu fiquei só com as crianças e o irmão dele na Jordânia. Quando meu marido morreu, ele [o cunhado] falou para mim:” Agora você ficou sozinha com as crianças. Eu fico com vocês, se você aceitar”. Eu respondi que “sim” porque eu não tinha minha família, só ele. Ai a gente se reuniu, e ele passou a ser o meu marido. [...] Ele [o atual marido] é cabelereiro. Meu marido não, era engenheiro químico. Eu trabalho aqui em casa, faço comida árabe. Depois que eu fiquei grávida [depois de chegar a São Paulo, Asmaa teve três filhos³⁹²] fiz uma página no *Facebook*, e agora tenho clientes, são poucos ainda. Faço todo tipo de comida árabe. Meu marido ajuda nisso e também trabalha no Uber. [...] Ele [o atual marido] tinha um amigo aqui no Brasil e ele falava para meu marido, “aqui tem mais pessoas para ajudar, as pessoas aqui são mais simpáticas”. Tem liberdade para eu usar ‘hijabe’³⁹³ na rua, não tem problema. Ele disse que aqui as pessoas são muito amáveis. Então ele falou, “eu quero isso” e viajamos para cá. Aqui em São Paulo, a Mesquita ajudou com o aluguel desse apartamento. Ajudou a arrumar trabalho para meu marido. Eles ajudam bastante, graças a Deus. Agora eles falaram que todas as famílias têm que sair, pois já acabou o tempo do aluguel. Estou procurando para onde ir, pois já estou aqui há um ano e meio. Eles [da Mesquita] falam que tem muitas outras

³⁹¹ O campo de refugiados de Zaatari, na Jordânia, é o maior o Oriente Médio. Em 2020, havia quase 120.000 sírios contidos nesse local. (dados disponíveis em: <https://www.acnur.org/portugues/2020/04/21/covid-19-refugiados-sirios-se-adaptam-ao-isolamento-em-campos-da-jordania/>)

³⁹² Atualmente, Asmaa tem 5 filhos, uma menina de 2 meses, e 4 meninos, com 11, 9, 5 e 2 anos.

³⁹³ O *hijab* é o lenço islâmico, e sobre o seu uso se coloca a discussão sobre a perspectiva do empoderamento, da identidade e da religiosidade de mulheres muçulmanas (Ferreira, 2013). Além disso, a as denúncias com relação a situações de Islamofobia (disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-08/mulcumanos-estao-entre-principais-vitimas-de-intolerancia-religiosa>)

famílias para ocupar o apartamento. A Mesquita ajuda por um tempo, para você poder se organizar (Asmaa, refugiada síria).

Em ambos os relatos reconhecemos a Mesquita como um suporte atuante junto as famílias de refugiados sírios na cidade de São Paulo. Aqui no caso, a Mesquita citada por todos os entrevistados é a Mesquita Brasil, templo islâmico localizado no Cambuci, bairro também central na cidade de São Paulo. Para os muçulmanos, as mesquitas e sociedades beneficentes, anexas a estas, exercem uma função importante para a reunião e mobilização da colônia na cidade (Khoury, 2013, p.179). No caso dos refugiados sírios que entrevistamos, e que chegaram a partir de 2012, percebemos de fato a sua relevância enquanto rede de apoio que acionam na cidade. Algumas variáveis nos parecem facilitadoras da vinda para São Paulo, entre elas: a facilitação do reconhecimento da condição de refugiado para os sírios por parte do CONARE; referências positivas por parte de outros sírios presentes na cidade também foram significativas, criando a ideia de um povo acolhedor e uma liberdade para hábitos religiosos e culturais; e o apoio logístico da mesquita. Há também uma tendência de se morarem próximos uns dos outros, fortalecendo uma rede de apoio entre os próprios refugiados.

Por outro lado, é possível que as diferenças religiosas determinem redes de suporte social diferentes na cidade. Entre nossos entrevistados, havia um refugiado sírio cristão, que nos relatou sobre sua interação com a Mesquita, sugerindo que recebia um auxílio menor do que outros sírios. Embora não tenha explicitamente mencionado a discriminação em função de não ser muçulmano, levantamos aqui essa conjectura. Vamos ao relato de Ibrahim, 33 anos, refugiado sírio:

Para mim a Mesquita ajuda mais ou menos. Para mim a mesquita não ajuda nada. Não entendo. [...] Sheik na Mesquita, ah!...ele não é bom, entende. Para outra família, ele ajuda. Ajuda para família que não precisa. Eu não posso trabalhar [Ibrahim sofreu um acidente de trabalho, e apresenta muitas dores na região lombar que o incapacita para trabalhar]. Tudo para mim, tem problema...com exame não me ajuda para mim. Isso é um problema para mim. Eles dizem, vem daqui dois meses, três meses. Eu vou lá na Mesquita e falo para ele:” eu tenho esse problema. não posso trabalhar” Tem como Mesquita ajudar com a casa [se referindo a auxiliá-lo alugando um lugar para morarem]?” Eles respondem: “agora não tem casa. Vem aqui depois de dois” 2 meses. Mas para outra família, Mesquita da casa. E essa família, com o homem, a mulher e uma criança, não tem problema nenhum. Eu conheço ele e não tem nada de problema. Ele pode trabalhar, pode tudo, entende. Acho que o Xequie aa Mesquita, ele não é bom. Ele ajuda só quem ele quer. Não ajuda nada para mim. Tem uma igreja que me ajuda nessa casa. Sim, essa igreja evangélica ajuda. Essa igreja ajuda, Mesquita não me ajuda. A Mesquita ajuda muitos refugiados, com cesta básica, com creche, coloca a criança na creche, tem a cesta básica para ele. A Compassiva [ONG] a gente com cesta básica,

Mesquita não. Na hora de dar casa para uma família, não ajuda quem precisa. Ajuda quem não precisa, para mim nada. Quando igreja me ajuda na casa, eu vou na Mesquita e falo para ele: “pode me ajudar na conta água? Agora não quero não quero a casa, a igreja está me ajudando. Mas pode me ajudar na conta? Me ajuda porque eu não tenho salário” E ele fala para mim, “não pode” Depois eu digo: “só a conta de água, de luz” e responde que “não tem, não pode”. Assim fica mais difícil. Não me ajuda nada. Não ajuda na casa, não aluga casa, não ajuda na fatura da água (Ibrahim, refugiado sírio).

As dificuldades enfrentadas para conseguir acionar uma rede de apoio, passa a constituir um forte estressor para a saúde dessas pessoas. A preocupação com a saúde mental de membros da família expostos as ameaças da Guerra Civil síria, torna-se mais um deflagrador do movimento de fugir do país. Todos os membros das famílias ficam sujeitos a serem afetados. A memória do barulho das bombas pode ser reconhecida na fala do filho de nove anos de Asmaa, refugiada síria:

Portanto, a violência da guerra também é percebida pelas crianças, e os impactos disso poderão ser reconhecidos ao longo dos próximos anos, seja física ou psiquicamente. Existe um grande esforço no sentido de preservar a integridade do núcleo familiar, muitas vezes sendo necessário fazer rearranjos nessa conformação. Podemos depreender também a intenção de preservar sua identidade, representada pela liberdade para usar o *hijab*. Todos esses aspectos têm em comum uma grande dose de resiliência (Brandão, 2011).

Segundo Brough et al. (2003), há uma interrelação entre a preservação da saúde mental de crianças e adolescentes refugiados com aspectos de cunho familiar, bem como o apoio da comunidade. De modo que, famílias que conseguem manter uma estrutura mínima, contribuem para a prevenção da depressão em jovens refugiados. Para demonstrar a importância dessa discussão, trazemos os dados do ACNUR (2020), segundo os quais, o contingente de pessoas abaixo de 18 anos, representam 40% do total das pessoas deslocadas forçadamente no mundo. Soma-se a essa informação, que muitos desses jovens encontram-se desacompanhados.

Esse grupo também apresenta uma maior resiliência quando comparados com os adultos, tendo uma maior capacidade de mobilizar estratégias de enfrentamento das múltiplas dificuldades da condição de refúgio, a depender, naturalmente, dos recursos emocionais que dispõe (Berman, 2001; Antiss et al., 2009). Contudo, alguns jovens são mais propensos a desenvolver comportamentos desajustados (violência, agressão,

sexualidade desviante e dificuldades de estabelecer laços afetivos), o que pode dificultar o ajustamento escolar e social (Hirani et al., 2015). Frequentemente, esse grupo funciona como elo cultural entre os pais e o novo ambiente que se encontra, um novo país, com outra língua e cultura. Isso se dá em função de adquirirem competências linguísticas muito mais rapidamente do que os adultos. No entanto, esta inversão de papéis e a melhor aculturação dos jovens refugiados pode ser uma fonte de estresse significativo, na medida que são solicitados constantemente a cumprirem esse papel, podendo constituir uma sobrecarga (Crowley, 2009).

Trazemos abaixo o relato de um médico da UBS, com relação a identificação de situações de sofrimento mental em refugiados sírios, no dia a dia de atendimento.

Com relação à questão emocional, eu falo que em geral, até agora ninguém veio por questão de trauma, de questão emocional de guerra. Mas eu sempre pergunto: “como que é?”; e “como se sente aqui?”. Para entender qual o estado emocional da pessoa. Então, eles falam das guerras e tudo isso. Falam que não tinham direito à vida, que veio para cá para poder viver. Mas nenhum, que eu lembre, veio por trauma, depressão ou estresse pós-traumático [...]. A gente sabe que muitos deles vêm por problemas nos países e que deixam trauma. Eu lembro de algumas crianças sírias que tiveram problemas de adaptação. Também tiveram problemas com relação às coisas que elas viram e viveram lá no país de origem. São poucas, não são muitas. Mas muitas crianças têm essa dificuldade nas escolas aqui próximas da UBS. Mas, em geral, a questão de saúde mental nunca foi o que aparecia de primeira, como o motivo que os traziam ao posto. Talvez seja uma característica dos pacientes que vieram comigo, que não tinham essa demanda. Mas a gente sabe que há uma questão emocional para eles terem vindo para cá (Wilson, médico).

Na prática clínica diária há uma grande preocupação em formular um “diagnóstico”, ferramenta tecnológica central na racionalidade médica (Camargo Jr, 1992). Essa preocupação também atravessa o atendimento médico de refugiados no que se refere a detecção de doenças mentais. Por esse motivo, constatamos na produção acadêmica uma obstinada busca de instrumentos de rastreamento de doenças mentais nessa população (Ovitt et al., 2003; Hollifield et al, 2013; Shannon, 2014; Bell et al., 2015; Hvass, Wejse, 2017; Gadeberg et al., 2017; Horlings, Hein, 2018). Contudo, há uma grande dificuldade em construir instrumentos que sejam culturalmente adequados a todos os cenários e refugiados, e assim, fazer a detecção precoce do adoecimento mental. Alguns autores (Hollifield et al.2002; Kaltenbach, 2017; Bozorgmehr, Razum, 2015), recriminam a utilização de tais instrumentos de modo discriminatório. Soma-se a isso, o elevado risco de patologização e medicalização da condição de refugiado, bastante discutido por Knobloch (2015) e Pusset (2010).

Em tempos de medicalização da existência, parece que a saída mais reconhecida e fácil, mais rápida e menos angustiante, é a de se medicar o que não se compreende, o desconfortável. Medicação e atribuir uma patologia é partilhar de uma identidade (postiza, porém referendada pela cultura científica) entre as pessoas, mantendo a ilusão do conhecido. Sem negar a importância da medicação de forma adequada, enfatizamos que o desconforto causado pelo reconhecimento da inoperância de nossas estratégias clínicas com pessoas de outras culturas, que tem vivências e experiências de violências inimagináveis, não pode ser aplacada com a redução de suas vivências a leituras "patologizantes" das experiências, a quadro clínicos e doenças mentais que podem ser medicadas. É por isso que o desafio é cuidar da formação de profissionais da saúde, para que uma educação permanente em saúde ocorra e para que o objetivo esteja além de só capacitar os trabalhadores a se relacionarem com pessoas provenientes de outros contextos culturais. O desafio é uma formação que permita aos profissionais (inclusive aos médicos) ampliar os modos de cuidar e agregar ao modo dominante outras referências, de forma que não se homogeneizem vivências e sofrimentos dos imigrantes para que não se reproduzam atitudes universalistas, organicistas, biomédicas e de abordagens psicológicas reducionistas. Um espaço que possa introduzir outros olhares e legitimar teorias não hegemônicas; valorizar as práticas e saberes terapêuticos que os imigrantes trazem com eles, sem traduzir ao idioma biomédico. Buscar estratégias clínico-institucionais abertas ao diálogo com a diferença. É um grande desafio político, clínico e pedagógico proporcionar este tipo de formação. Além de introduzir novos paradigmas que vão definir novos saberes e práticas para desenvolver novas competências clínicas (culturais e interculturais), isto implica um deslocamento pessoal para se apropriar de outras racionalidades, o que pode levar a uma desestabilização das certezas absolutas, nada agradável ou fácil (Knobloch, 2015, p. 172).

Em tese, a EqSF seria uma referência para identificar situações de vulnerabilidade para sofrimento mental, implementar ações em rede com outros equipamentos do território, como escolas e ONGs, e realizar diagnósticos e tratamentos de doenças mentais. Assim como, se necessário, referenciá-los para o Centros de Apoio Psicossocial (CAPs) e/ou atendê-los de modo compartilhado com os profissionais de saúde mental do Núcleo de Apoios à Saúde da Família (NASF). Infelizmente, no início de 2020, o NASF³⁹⁴ foi extinto pelo Ministério da Saúde e desde o final do mesmo ano, a Política Nacional de Saúde Mental está sob ameaça, uma vez que em meio à pandemia de Coronavírus que assola o país desde março de 2020, e durante o recesso do Congresso Nacional, o Ministério da Saúde propõe o desmonte dessa política, colocando em risco o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o modelo de atenção psicossocial³⁹⁵. Portanto, todas estas ações colocam sob ameaça a assistência à saúde mental da população brasileira, reduzindo a capacidade da EqSF ser resolutiva em sua

³⁹⁴ O Núcleo Ampliado de Saúde da Família foi criado em 2008 para fortalecer a atenção básica. Para isso, ofereciam um grande leque de profissionais, como assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, e por aí vai, que tinham a missão de atuar em conjunto com médicos e enfermeiros, auxiliando quem está na ponta a resolver melhor os problemas de saúde da população. Maiores informações sobre a extinção do NASF, disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/saude-da-familia-perde-modelo-do-nasf>

³⁹⁵ Sobre o risco de retrocesso na política de saúde Mental, disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-alerta-sobre-risco-de-retrocesso-na-politica-de-saude-mental_83702.html

atuação e, sobretudo, comporta uma intencionalidade pautada no paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico, como discutido por Cruz et al. (2020) a seguir:

Podemos avaliar as mudanças na PNSM [Plano Nacional de Saúde Mental] por seu conteúdo e pela forma que estão sendo implementadas. Em termos de conteúdo, ela representa a antítese do referencial ético e técnico da Reforma Psiquiátrica brasileira, sedimentado em seus 35 anos de existência [...]. Tomando a questão da forma de implementação, sem qualquer debate com os profissionais e pesquisadores do campo da atenção psicossocial, ignorando instâncias legais como o CNS, as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas [...] e toda a legislação nacional e internacional que ampara o modelo da reforma, entendemos que o que vem sendo designado pelo governo como ‘nova’ PNSM está sendo imposto sem nenhuma legitimidade social e política nem qualquer sustentação legal. O debate sobre o modelo assistencial é legítimo, e deve ser realizado em busca dos melhores caminhos para enfrentar os enormes desafios da atenção psicossocial em um país de 210 milhões de habitantes, com as iniquidades socioeconômicas que o caracterizam. Mas a imposição pela força do retorno ao paradigma manicomial só pode ser entendida como efeito da situação política anômala que o país vive desde a ruptura institucional de 2016. As mudanças propostas não se sustentam em fundamentação e argumentação teórico-científica. O longo e exitoso percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira deve fornecer orientação para as estratégias de resistência ao desmonte da rede de atenção psicossocial, que está em andamento no período estudado (Cruz et al., 2020, p.15).

No que se refere a atuação do profissional de saúde da APS junto aos refugiados, o desenvolvimento de competência cultural, um dos atributos da APS, é primordial. Entretanto, a psiquiatra Carmen Santana³⁹⁶ (2018), propõe uma ampliação conceitual ao discorrer sobre o conceito de humildade cultural.

O Sistema Único de Saúde (SUS) atende a imigrantes, refugiados e solicitantes de refúgio. O planejamento das ações deveria levar em conta a influência da cultura na expressão dos sintomas, na experiência da doença, na evolução e progressão dos quadros clínicos. Aplicar os mesmos protocolos, diagnósticos e tratamentos para uma população culturalmente diferente implica não reconhecer a validade cultural das ações de saúde. A diagnose requer alto nível de compreensão cultural. O profissional vai se comunicar dentro do modelo saúde/doença aprendido por ele. O refugiado nem sempre compartilha esse modelo. Quanto maior a diferença cultural entre o profissional e o usuário do serviço, maiores as chances de erros de comunicação, o que dificulta mais ainda a avaliação diagnóstica (Santana, 2016). Frente à diversidade cultural dos refugiados, na prática os profissionais se queixam de desinformação e despreparo para o atendimento. O modelo da competência cultural pressupõe que o profissional da saúde aprenda um conjunto de atitudes e habilidades de comunicação que permitirão trabalhar eficazmente no contexto cultural dos pacientes. A humildade cultural é definida como um processo de estar ciente de como a cultura pode afetar comportamentos relacionados à saúde. Diferentemente da competência cultural, a humildade cultural não supõe um

³⁹⁶ Carmen Santana é psiquiatra, fundadora e coordenadora do Programa de Saúde Mental para Refugiados em São Paulo (parceria Caritas/ ACNUR) e do Projeto Arteterapia do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP no período de 2004 a 2008. Entre 2008 e 2010 participou da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família como psiquiatra e pesquisadora na área de Saúde Mental na Atenção Primária.

conjunto quantificável de atitudes. Refere-se ao processo contínuo de reflexão e crítica. Desenvolver a humildade cultural, portanto, permite aos profissionais apreciar a cultura como entidade dinâmica. Embora “competência cultural” seja descrita como a estratégia para abordar as disparidades na saúde, a concepção de “humildade cultural” reformula o discurso das desigualdades em saúde e expande os entendimentos tradicionais de raça e etnia, para incluir a cultura de construção de alianças entre grupos e indivíduos de diversas origens, gêneros, orientação sexual, (in)capacidades, níveis educacionais, imigração status e outros indicadores socioeconômicos e de identidade social (Prasad et al, 2016). Uma abordagem humilde e reflexiva implica uma atitude de respeito à diversidade, à individualidade da experiência cultural e seus significados, incluindo múltiplos pontos de vista no desenho do projeto terapêutico (Santana, 2018, p.1,2.)

Embora ainda incipiente, já podemos reconhecer na produção acadêmica internacional o tema dos imigrantes e refugiados na formação médica, seja a nível de graduação ou pós-graduação (Griswold, 2003; Griswold et al, 2006; Pottie, Hostland, 2007). Por outro lado, será desejável que abordagem ultrapasse um enquadre biomédico, incluindo saberes das ciências humanas e sociais.

Estes vários relatos nos levam a refletir que ao mesmo tempo que a saúde mental dessas pessoas é exposta a estressores de várias ordens, há um impulso de sobrevivência e de reconstrução que se sobrepõem, tendo como pano de fundo a imprevisibilidade quanto ao seu destino, e a necessidade permanente de adaptar-se, porém sem perder a crítica e renunciar a suas memórias. Bastante expressivo da tentativa de preservar uma identidade que é pessoal e coletiva, é o que Paul Ricoeur (2007) chamou de rememoração, que seria um retorno a consciência de um acontecimento ou uma pessoa significativa. Segundo Ricoeur (2007), esse processo não consiste na simples acolhida de uma imagem do passado, mas como um resgate que reivindica uma identidade. Essas ponderações foram suscitadas pela experiência vivida durante a pesquisa de campo, entrevistando a família de Kezia. Cheguei ao apartamento da família acompanhada da ACS, e logo na entrada observei todos os sapatos no saguão de entrada. De imediato, nós retiramos os calçados e adentramos a pequena sala, onde a família de Kezia (15 anos) estava reunida: pai (60 anos), mãe (52 anos), e dois irmãos (19 e 20 anos). Estávamos no final da entrevista, quando o pai de Kezia começou sussurrar algo em árabe com ela. Logo depois, ela me disse que ele estava muito emocionado, pois o fiz lembrar de sua mãe. Nesse momento, ele se aproximou e me mostrou no celular a foto de sua mãe. Cabe pontuar que apenas Kezia e os irmãos falavam português e inglês, os seus pais falavam apenas árabe. A seguir, falou novamente em árabe com sua filha, que perguntou se me importava em

colocar o hijabe, pois isso faria com que ficasse mais parecida com a lembrança do pai. Com o que concordei prontamente. Assim chegamos ao final desse encontro, significativo para eles e para mim.

Outro fato significativo, foi o modo acolhedor com que todas as famílias as famílias sírias me receberam em suas casas, sendo comum a participação de todos da família que estivessem presentes naquele momento. Apesar das dificuldades financeiras que enfrentam, havia sempre o desejo de nos acolher, expresso em pequenos atos, como oferecer um café em um bule sírio e tâmaras.

Em suma, a saúde mental dos refugiados sírios no espaço urbano da cidade de São Paulo é uma questão bastante complexa. Ela abarca, além do sofrimento explícito, necessidades particulares, diferenças religiosas e culturais, desigualdades socioeconômicas e de poder. Mas, tem também potencialidade de serem agentes de sua própria história, enquanto atores sociais. Do mesmo modo, os profissionais da unidade de APS local, com a insuficiência da rede de APS na cidade de São Paulo. Nesse sentido, os dados a seguir falam por si. Segundo o último boletim do CEInfo, de 2019, a região central da cidade de São Paulo, tinha 457.726 habitantes. Esta região é atendida por cinco Unidades Básica de Saúde: UBS Sé, UBS República, UBS Humaitá, UBS Santa Cecília, e UBS Bom Retiro. A cobertura de Atenção Básica na região é de apenas 42,1%, sendo 26,6% por Unidades que funcionam sob a lógica da ESF e 15,5 % pela lógica do modelo tradicional. Lembrando que por mais de um ano a UBS República ficou desativada, em decorrência do desabamento do seu teto em janeiro de 2017, com inauguração de novas instalações em outubro de 2018. Soma-se a isso que a implantação da ESF na cidade de São Paulo se deu efetivamente em 2001, ou seja, fazem vinte anos.

A persistência de avaliações de desempenho da EqSF baseadas em inúmeros indicadores e metas de produtividade, implantada pela Secretaria Municipal de Saúde, desde 2005³⁹⁷ (São Paulo, 2005), configura-se uma estratégia gerencial de regulação das práticas médicas e dos processos de trabalho em saúde de inspiração empresarial, que coloca em segundo plano a qualidade das ações assistências prestadas. No caso do

³⁹⁷ Esses indicadores estão definidos no Documento Norteador da ESF, produzido pela gestão pública municipal, em 2005 (São Paulo, 2005).

cuidado da saúde mental essa estratégia é nefasta, agravada pelo desmonte da rede de saúde mental.

6.4 A velha dificuldade de comunicação

A relação dos refugiados urbanos com os serviços de APS é marcada pelo enfrentamento de muitas barreiras, mas sobretudo, as barreiras linguísticas e culturais (Rhodes, Nocon, 2003; Johnson et al, 2006; McGarry et al., 2018; OMS, 2019 k). No caso dos refugiados sírios na cidade de São Paulo, tais impedimentos também resultam em dificuldades de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde, considerados uma das principais portas de entrada no sistema de saúde. Não obstante a proteção constitucional ao direito à saúde, não é possível garantir o exercício pleno desse direito. Haja vista que a comunicação é uma ferramenta imprescindível em todos os tipos de relação, no campo da saúde, é fundamental para que seja possível prestar-se uma assistência de qualidade. Essa comunicação envolve além de seus componentes intrínsecos, a escuta de forma acolhedora, não apenas visando transmitir informações para um entendimento conceitual, mas atingindo a subjetividade dos indivíduos (Oliveira et al., 2008). Tendo-se em conta que o processo de trabalho em saúde possui uma natureza essencialmente conversacional que ocorre no encontro entre trabalhador e usuário, disso depende a construção e execução de um plano de cuidado singular (Teixeira, 2007).

No caso dos refugiados sírios, há um grande empenho em dominar o quanto antes o idioma, e aquisição dessa habilidade facilitará sua inserção no mercado de trabalho, sobretudo no ramo de preparo e comércio de alimentos da culinária árabe³⁹⁸, onde atuam com frequência. Segundo São Bernardo e Barbosa (2018), o domínio do português é o elemento-chave para sua inserção em uma nova cultura, que, na maioria das vezes, não foi escolhida por eles, e que passam a conhecer, estabelecendo formas essenciais de comunicação que permeiam questões de sobrevivência, como emprego, educação, moradia e acesso à saúde.

³⁹⁸ Matéria jornalística realizada por Camila Almeida e publicada no site da Revista Exame, em 12/08/2017. “Para refugiados sírios no Brasil, a comida é um começo”. (citado em 06 mar 2021). Disponível em: <https://exame.com/pme/para-refugiados-sirios-a-comida-e-um-recomeco/>

Entre os adultos do sexo masculino, adolescentes e crianças, esse processo de aprendizagem ocorre mais rapidamente. Com relação aos homens, em função de logo iniciarem a busca por trabalho, terminam sendo mais estimulados a aprender o idioma português. No caso dos adolescentes e as crianças, essa aprendizagem é acelerada, não só porque há naturalmente uma maior facilidade, mas também em decorrência da interação com outras crianças no ambiente escolar. Em função dessa necessidade, muitas ONGs oferecem aulas de português para refugiados.

Não obstante as diferentes contingências históricas da chegada de sírios no Brasil, inicialmente como imigrantes a partir do final do século XIX³⁹⁹, e na condição de refugiados, após 2011, recorremos a produção de Salawdeh (1997), buscando compreender o sentido que esse aprendizado adquire para os imigrantes árabes (sírios, libaneses e palestinos) no Brasil, como um meio indispensável na ascensão social em etapas imigratórias prévias:

A ambição dos imigrantes árabes da primeira geração [que chegou entre 1871 e a Segunda Guerra Mundial] de serem bem-sucedidos em São Paulo levou, em muitos casos, à substituição da sua língua étnica como o meio de comunicação no domínio doméstico. Para esses imigrantes, o português é o meio mais importante de mobilidade social. Alguns falam somente o português com seus filhos, pois acreditam que essa seja a chave para o sucesso acadêmico e o progresso econômico. Eles encorajam, se não forçam, seus filhos a aprenderem somente o português com a potencial consequência de que alguns se tornarão ignorantes da língua étnica do seu grupo. Um sintoma claro de perda iminente de uma língua ocorre quando os pais não mais vêem uma razão para transmiti-la a seus filhos, e talvez ainda a vêem como um obstáculo para a educação e o progresso deles. A ampla ocorrência e o maior prestígio que o português goza em comparação com o árabe em São Paulo pode levar muitos descendentes de árabes a sacrificarem sua língua étnica em favor do português. Sendo a língua dominante e oficial do país, muitos benefícios estão ligados ao aprendizado do português, que é a língua da educação, trabalho, política, mídia e a sociedade em geral. [...] Dado que os imigrantes árabes da primeira geração deixaram seus países de origem voluntariamente em busca de condições mais satisfatórias na terra de imigração, e dado que o árabe não é avaliado em termos de prestígio e utilidade em São Paulo, é talvez possível entender por que eles não insistem em transmitir sua língua étnica aos seus filhos. Se seus propósitos são certamente aqueles de integração, a mudança da língua rumo ao português é um fator importante em tal processo. [...] (Salawdeh, 1997, p.27,28).

³⁹⁹ Devemos apontar para a diferença no contexto histórico da chegada das primeiras levas de imigrantes sírios, em sua grande maioria, cristãos, que diferente dos outros grupos de imigrantes do final do século XIX, não aderiram ao colonato e não se tratava de uma imigração subsidiada. Inicialmente, se instalaram na rua 25 de março, na capital paulista, e depois foram se espalhando para bairros mais distantes do centro, e em seguida para municípios do interior do estado e mesmo para outros estados do país (Truzzi, 2008a). Por tratar-se de uma imigração com custeio próprio, o papel das redes formadas tanto por parentes quanto por conterrâneos, foi essencial (Truzzi, 2008 b).

Por outro lado, no contexto atual, há uma preocupação de preservar a identidade étnica e religiosa dos sírios recém-chegados na medida em que a Mesquita Brasil⁴⁰⁰ financia o envio das crianças para uma escola que segue a filosofia muçulmana, como vemos no relato de Asmaa, 33 anos, refugiada síria, “eles [se referindo a Mesquita Brasil] também colocam as crianças na Escola Islâmica Brasileira⁴⁰¹, na Vila Carrão. Pagam a escola para meus três filhos. Compram o material escolar e dão tudo para mim. Tudo isso é muito caro”.

Com relação ao dia a dia do atendimento desses usuários, os médicos relatam haver dificuldades comunicacionais. Quando é possível, recorrem a comunicação em inglês, contudo, nem sempre, médico e paciente, dominam esse idioma satisfatoriamente. Uma alternativa é estimular que venham na consulta acompanhados de pessoas que dominem o português, para auxiliá-los na comunicação. Sobre essa questão trazemos o excerto da fala de alguns médicos.

Tinha uma moça que vinha, e trazia cada vez um sírio diferente. Mas ela era marroquina e vinha acompanhando os sírios. Aí a gente soube que ela era meia bandida mesmo, que ela roubava o pessoal. Ela servia de intérprete, vinha como intérprete, mas parece que roubava. Soubemos que ela estava sendo procurada até internacionalmente. Quem descobria essas coisas era a Flávia⁴⁰² [médica de uma das equipes (Miriam⁴⁰³, médica).

Não tenho nenhum conhecimento sobre isso [particularidade culturais da Síria], e eles também não falam. Mesmo porque, pela nossa consulta ser um período muito curto, só de 15 minutos, não dá tempo. Já tem a dificuldade da língua, que é um problema, porque até a gente conseguir se comunicar, já vai muito tempo. [...] E aí a gente não consegue mesmo chegar nesse assunto. As sírias, normalmente elas vêm com uma tradutora que fala português muito bem. Mas ela [a tradutora] é uma delas, só que fala bem. Quando é uma consulta de gestante, que a gente tem que examinar, acaba não conversando outras coisas. Nem sempre as sírias vêm com essa tradutora. Tem episódios que elas vêm sozinhas. Inclusive, já tive alguns grandes problemas aqui. Agora tenho uma delas na qual a gestação está de risco, e o bebê tem risco de má formação. Expliquei isso diversas vezes para ela. A gente tenta conversar e ela entende muito pouco português. Acredito que ela não entendeu a gravidade do caso. A grande maioria das sírias que eu sei que passam aqui, pertencem à outra equipe. Essas que eu atendo, são amigas, acho que são da mesma comunidade. Elas moram num prédio que fica na Barão de Jaguará que é da minha área, mas são quatro, cinco gestantes, não é mais do que isso. Tenho esse prédio que tem um grupo, tem um microcosmos ali [risos]. É um

⁴⁰⁰ A Mesquita Brasil constitui um símbolo da presença muçulmana na cidade de São Paulo. Ela foi a primeira construída no país pela Sociedade Benficiente Muçulmana Palestina, inaugurada em 1952, seguindo a tradição sunita do Islã. Segundo Pinto (2005, p.235), a cidade de São Paulo e seus arredores exibem um cenário singular de constituição identitária no quadro mais amplo do Islã no Brasil, estimando-se que existam cerca de 250.000 muçulmanos na região da Grande São Paulo, representando 25% dos muçulmanos no Brasil.

⁴⁰¹ A Escola Islâmica Brasileira, situada na Vila Carrão, funciona há 52 anos. A instituição promove os valores religiosos do Islamismo, e o ensino da língua árabe (maiores informações disponíveis no site: <https://www.islamica.com.br/>).

⁴⁰² Nome fictício

⁴⁰³ Nome fictício

pedacinho da Síria ali [risos]. Dos sírios, só tenho mesmo elas [silêncio] Tem uma outra família também que é síria, que vem a família toda. Vem o pai, dois filhos, a esposa e a mãe dele. Eles criaram um vínculo comigo, e não querem passar com nenhum outro médico de jeito nenhum. Eles vêm...no começo a gente conversava em inglês, agora já estão falando um português super bem. Mas essa foi a única família síria que eu comecei a atender aqui. Ele já está empregado aqui no Brasil, vem conversar comigo sobre isso (Joana⁴⁰⁴, médica).

Observamos a preocupação com a idoneidade do tradutor escolhido pelo usuário, e o reconhecimento de que as dificuldades na comunicação colocam em risco os pacientes, e compromete a assistência. Além disso, há o reconhecimento da necessidade de consultas mais longas, para que seja possível a abordagem de outras questões, que não são de menor importância, mas que acabam sendo deixadas em segundo plano. Mesmo assim, em função da longitudinalidade, ou seja, a possibilidade da continuidade do cuidado, estabelece-se um vínculo, entre o médico e as famílias.

Em evento organizado pela ACNUR, em 2015, “Construindo Comunidades de Práticas para Refugiados Urbanos”, ocorreram debates acerca de diversos aspectos da vida do refugiado entre autoridades públicas, sociedade civil e os próprios refugiados. Especificamente com relação ao acesso à saúde, foi apontado despreparo dos agentes públicos, as dificuldades de comunicação, que se limita unicamente ao português.

Aumentar a conscientização entre prestadores e superar a barreira do idioma. O grupo de trabalho que tratou sobre acesso à saúde também enfatizou a importância de aumentar a conscientização e treinar agentes do serviço de saúde, bem como orientar refugiados sobre esses serviços. Não saber falar português foi colocado, pelo grupo, como uma grande barreira para o acesso a serviços. Conhecimentos sobre o idioma e discriminação foram considerados barreiras em muitas intervenções durante o dia da mesa redonda. Este grupo de trabalho sugeriu contratar refugiados que falam português para trabalharem como intérpretes em hospitais[...] (ACNUR, 2015 q, p.13).

Reconhecendo essa mesma dificuldade, a prefeitura de São Paulo, através da Coordenação de Políticas para Migrantes (CPMig), promoveu cursos e oficinas de capacitação e sensibilização dos agentes públicos de saúde, especialmente entre os anos de 2014 e 2015. A partir das discussões realizadas com os servidores, foram elencadas diversas sugestões, dentre elas: contratação de agentes de saúde imigrantes nas regiões onde há maior concentração e demanda; oferta de cursos de idiomas para servidores,

⁴⁰⁴ Nome fictício

principalmente inglês, espanhol e francês; e tradução de materiais com orientações relativas ao funcionamento dos diversos equipamentos de saúde nos principais idiomas⁴⁰⁵

Quanto a estratégia de contratar imigrantes, a partir de 2003, as Equipes de Saúde da Família da UBS do Bom Retiro, já recorreram a esse dispositivo, contratando ACSs bolivianos. Tendo em vista a grande concentração de bolivianos no bairro, residindo e trabalhando nas oficinas de costura, essa mudança significou a possibilidade de a equipe de saúde conseguir acessar esses espaços com maior facilidade. E esses usuários também passaram a utilizar mais a Unidade de Saúde. Esses ACSs desempenharam também um papel essencial no matriciamento⁴⁰⁶ da equipe com relação ao dia a dia nas oficinas, aspectos culturais e religiosos, entre outros (Aguiar, 2013). Ao mesmo tempo que “traduziam” o *modus operandi* da UBS e do sistema de saúde, para a comunidade boliviana.

Tomando Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994) como referência, ao descrever e discutir sobre o ‘processo de trabalho em saúde’, entendemos que a incorporação desses ACSs constitui uma tecnologia não-material potente. Sobretudo por possibilitar uma interação transformadora entre essas duas interfaces, a Equipe de Saúde da Família e a comunidade. Além disso, o próprio ACS se transforma, na medida que se trata de alguém da comunidade que é deslocado para dentro do espaço institucional.

A literatura internacional sobre a necessidade de melhorar a interação entre os serviços de APS e os imigrantes e refugiados, encontramos muitos autores recomendando a utilização de mediadores culturais⁴⁰⁷ (Santagata, 2005; Zvereva, Chilingaryan, 2018; OMS, 2019k; Verrept, 2019). Observamos que essa estratégia tem sido adotada na assistência aos refugiados em diferentes contextos, sendo incorporada por ONGs internacionais, como podemos observar na matéria jornalista a seguir, realizada para a

⁴⁰⁵ Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/imigrantes_e_trabalho_decente/programas_e_projetos/index.php?p=198964. acesso em 06/03/2021.

⁴⁰⁶ Em seu artigo inaugural, Campos (1999) propõem o matriciamento, como lógica de organização do trabalho em saúde, como prática de cooperação entre equipes de ESF e suas referências de apoio - setoriais e intersetoriais - e como modo de potencializar o trabalho com os cuidados primários em saúde em toda sua complexidade. Constitui-se em um novo arranjo que estimula a produção de novos padrões de relacionamento entre equipes e usuários e que amplia o compromisso dos profissionais com a produção de saúde, à medida que supera obstáculos organizacionais que dificultam a comunicação.

⁴⁰⁷ O termo mediação cultural é utilizado em diversos cenários, recobrando um conjunto multiforme de práticas culturais. Sendo assim, é necessário entendê-la como noção situacional, ou seja, categoria pensada em relação a contextos e processos precisos, uma vez que se pode falar em mediação cultural em contextos difusos (Perrotti, Pieruccini, 2014).

BBC Brasil e publicada no site do G1 Mundo, em julho de 2015, “Imigrantes se tornam mediadores para ajudar refugiados na Itália”:

Ahmad Al Rousan [...] trabalha como mediador cultural para a ONG Médicos sem Fronteiras (MSF) na Itália. Isso significa que ele é um dos primeiros pontos de contato daqueles que chegam à Europa. Faz traduções do árabe para o italiano e auxilia os refugiados com atendimentos psicológicos e de primeiros socorros. São sessões em que os recém-chegados relatam traumas e experiências para equipes de psicólogos e mediadores culturais. Os encontros acontecem no Centro Baobab, em Roma, criado em junho por voluntários italianos para fornecer comida e abrigo aos refugiados que chegam à capital italiana [...]. Nascido na Jordânia, Rousan fala italiano, árabe e inglês. Decidiu se formar e ser mediador cultural depois do 11 de setembro de 2001. "Foi quando vi a distância enorme que havia de cultura e comunicação entre o Ocidente e o Oriente Médio e a África." Mestrados em mediação cultural são novidade na Itália, mas cresce a procura pelo curso, dada a demanda em alta por profissionais da área. A imigrante síria Salima Karroum, 38, também trabalha como mediadora nos portos da Sicília. Permanece 24h de plantão todos os dias. O chamado é curto e claro, feito por telefone celular: "um barco com imigrantes foi resgatado e está a caminho do porto". Ela se junta à equipe da ONG italiana Emergency, responsável pelos primeiros socorros oferecidos em terra aos imigrantes e refugiados resgatados no mar Mediterrâneo, e entra em ação. [...] Imigrante síria, Salima vive na Itália desde os 18 anos com a família. Seu pai é sírio e sua mãe italiana. Nas férias, antes da guerra, viajavam com frequência entre os dois países. Com o avanço da crise dos refugiados, ela não pode mais visitar seu país. Na Itália inventou uma "ponte" e decidiu trabalhar como mediadora cultural nos portos da Sicília. Ela acolhe as famílias refugiadas, assistindo no primeiro atendimento médico - que é feito nos portos por clínicas móveis da ONG Emergency - e fornece informações básicas sobre como funciona o sistema de saúde italiano. "Poder abraçar as famílias é uma experiência muito forte. Há anos deixei a Síria e ver tantas vidas destruídas, tantas pessoas chegando, crianças, mulheres, velhos, é impressionante. São pessoas em busca de esperança, é isso que tento transmitir a eles: esperança. Há uma dor e uma alegria imensa em acolhê-los", disse. Salima se lembra emocionada de pessoas que chegaram da região de Latakia, sua terra natal. Podiam ter sido vizinhos seus, colegas de classe, em outros tempos. [...] Para ela, ser mulher facilita o trabalho de mediação, principalmente em relação a questões médicas. "Nem sempre uma refugiada se sente à vontade para ser atendida por um médico homem. Tenho que explicar como aqui na Itália não importa o sexo do médico, mas o tratamento que ele está providenciando." O contrário, porém, também já aconteceu, e Salima teve que intervir com traduções e explicações médicas para um refugiado sírio que não queria ser atendido por uma médica mulher[...] Além de Salima, também trabalham na Sicília como mediadores culturais da ONG italiana Khalid Boujir, 41, marroquino, e Yohanes Ghebray, 25, eritreu. [...] "Os mediadores culturais são cruciais. Eles são um link vital entre os pacientes e os médicos. Há diferentes abordagens para a medicina e os tratamentos médicos no Ocidente e no Oriente, por exemplo. O que nós consideramos como o coração, outras culturas acreditam que é o estômago", diz Andrea Bellardinelli, coordenador da ONG Emergency na Itália. Para ele, os mediadores culturais deveriam ser parte integrante de todo o sistema de saúde italiano. [...]. (Matéria⁴⁰⁸ de Carolina Montenegro para a BBC Brasil, publicada no site do G1 Mundo, em 04 de outubro de 2015).

Isabel Lopes (2011) em seu artigo “Intérprete ou mediador? Da colonização à globalização”, nos provoca a refletir, numa perspectiva histórica, sobre o aparecimento

⁴⁰⁸Para acesso a Matéria em sua íntegra, disponível em: <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2015/10/imigrantes-se-tornam-mediadores-para-ajudar-refugiados-na-italia.html>

da figura do tradutor/intérprete na época da colonização levada a cabo pelos Estados Europeus na Ásia, África ou América do Sul, vista como essencial na comunicação entre povos de origem e línguas diversas. Estava implícita nessa ação, um domínio da nação colonizadora e da sua língua, com o intérprete tendo um papel central no processo de colonização, enquanto instrumento essencial na manutenção da autoridade colonial. Eles atuavam como mediadores, sobretudo na prevenção de conflitos e na negociação de tratados. Uma atualização do papel dessa mediação passa a ocorrer a partir da chegada de refugiados na União Europeia, diante das variadas políticas nacionais dos Estados-Membros. É nesse contexto que surge a figura do mediador cultural, mediador transcultural, mediador linguístico e intérprete comunitário, que poderia ser formalmente incorporado a instituições públicas, tais como: na polícia e em tribunais, na saúde, na área social e nas escolas.

Com relação a sua aplicação na área da saúde, Lopes (2011):

[...] surge uma grande necessidade de apoio de mediadores linguísticos, quando as dificuldades de comunicação podem dificultar o acesso a tratamentos. Além disso, para um doente estrangeiro, a concepção e a interpretação do mundo, e daí dos sintomas e da doença, podem ser bastante diferentes da realidade a que está habituado o médico. Da sua parte, o médico sabe que o processo migratório pode causar traumatismos com consequências graves na saúde e que a precariedade do estatuto da sua permanência no país pode influenciar a saúde do imigrante. Como profissional, o intérprete nos serviços públicos tem que possuir certas qualidades indispensáveis, associadas a conhecimentos linguísticos, antropológicos, e culturais: - Ter um conhecimento perfeito de duas línguas, uma delas de um estatuto social inferior e a outra pertencente a uma cultura dominante; - Saber manter neutralidade e distância no relacionamento com as pessoas envolvidas no ato da interpretação; - Ser capaz de medir o nível de educação ou as diferenças culturais entre as duas comunidades; - Ser capaz de assegurar a ponte linguística e cultural em situações em que são abordados temas tabus para certas comunidades; - Ter bons conhecimentos da terminologia e ser capaz de adaptar um discurso às necessidades do destinatário (Lopes, 2011, p.86).

Devemos ressaltar que, na verdade, da colonização à globalização, o papel do intérprete/mediador não deve ser reduzido à categoria meramente funcional ou instrumental (Bruner, 1997, apud Perrotti, Pieruccini, 2014, p.5). Não devemos desconsiderar, que em se tratando dos refugiados e o sistema de saúde, em tempos de globalização, temos uma relação de constante tensão. Assistimos a um embate permanente entre os direitos garantidos pela Convenção de 1951, relativa ao Estatuto dos Refugiados, e soberania nacional, sem que qualquer sanção seja perpetrada. Nesse sentido, nos preocupa uma certa imprecisão quanto ao papel dessa mediação, embora

reconheçamos sua potencialidade, no caso da ESF, ao permitir um salto epistemológico fundamental, contribuindo para a redefinição do potencial transformador dessa mediação nas duas interfaces, traduzindo o território para equipe de saúde e o serviço de saúde para os usuários.

Também a OMS, passa a recomendar a incorporação de mediadores culturais:

Os fluxos migratórios constituem um elemento definidor do nosso tempo, com um aumento consistente do número de migrantes e refugiados na Região Europeia da OMS. [...] Os mediadores culturais têm potencial para ser uma das chaves para melhorar os cuidados de saúde para refugiados e migrantes. Eles podem ajudar de várias maneiras, ajudando refugiados e migrantes a ter acesso a serviços e ajudando os profissionais de saúde a entender melhor as necessidades e os comportamentos das pessoas nesses grupos. No entanto, para compreender plenamente o potencial dos mediadores culturais, é importante entender exatamente como os países já os estão utilizando na assistência à saúde. Como os mediadores culturais são implantados? Quais são as responsabilidades dos mediadores culturais? Que tipo de treinamento eles recebem? E, finalmente, o que se sabe sobre os efeitos dos mediadores culturais na acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde para refugiados e migrantes? (OMS, 2019 k⁴⁰⁹)

⁴⁰⁹ A OMS realizou um webinar para o lançamento de um relatório sintetizando as melhores evidências disponíveis sobre os papéis dos mediadores interculturais nos cuidados de saúde na Região Europeia e a sua eficácia na melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados para refugiados e migrantes. O painel do webinar será composto por Hans Verrept, o autor do relatório e chefe da Unidade de Mediação Intercultural do sistema de saúde da Bélgica; Santino Severoni, Coordenador de Saúde Pública e Migração, OMS/Europa; e Adeline Degratet, Responsável técnica de Mediação Intercultural da ONG Médicos sem Fronteiras (disponível em: <https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2019/07/culture-and-health-webinar-series-2019-a-bridge-to-better-health-care-cultural-mediators-in-refugee-and-migrant-health-care>).

Figura 17 - Logo do Relatório da OMS sobre Mediadores Culturais Refugiados

FONTE: OMS (2019k).

No caso do Brasil, na cidade de São Paulo, já podemos identificar essa estratégia sendo adotada por ONGs⁴¹⁰ que atuam junto aos refugiados sírios, com voluntários atuando como seus facilitadores e apoiadores na relação com o sistema de saúde. Observamos uma priorização no acompanhamento de mulheres e crianças, em seguimentos de pré-natal e puericultura.

Por outro lado, nos deparamos com a percepção por parte do refugiado sírio de que há uma certa resistência por parte dos serviços de saúde quanto a entrada de um acompanhante para auxiliar na comunicação. A seguir, temos o relato de Nawaf, 32 anos, refugiado sírio, sobre a experiência de acompanhar sua sogra, também síria, em atendimentos médicos.

Às vezes fica difícil de explicar para as pessoas que ela [se referindo a sua sogra que tem um câncer de tireoide] tem que entrar com um tradutor. Não adianta ela entrar sozinho e ninguém entender nada. Algumas vezes já tive até que brigar lá [no pronto-socorro] por isso.” Como que você vai entender ela

⁴¹⁰ Por exemplo, temos a ONG Compassiva realizando esse trabalho junto aos refugiados sírios na cidade de São Paulo.

que não fala português?” As pessoas de idade têm problema para aprender português. Uma porque já está velho, e para aprender outro idioma é difícil. E também não tem condição para aprender, tem que ter a ajuda de um tradutor. Tem que brigar para poder ajudar, e as vezes tem que brigar para poder estar junto, entendeu. Essa também é uma questão na saúde, é importante e não precisa tudo isso, é muito simples. Precisa bom senso, a pessoa não fala a língua e eu vou traduzir o que ela falou, acabou. Tem gente que aceita na boa, e tem gente que diz: “não, não, ninguém entra”. Como você vai entender ela? Você dá alguma coisa para ela porque sente dor, e depois tem alergia ao remédio que o médico passou. Já aconteceu isso. É perigoso (Nawaf, refugiado sírio)

Com relação a vivência de encontrar-se sozinha em um serviço de saúde de outro país, sem conseguir se comunicar, é bastante complexa. Sobre isso temos o relato de Layla, 29 anos, refugiada síria que teve sua filha em uma maternidade pública na cidade de São Paulo, vinte dias após sua chegada a cidade com seu companheiro e uma filha de dois anos. Tal situação, certamente, a torna bastante vulnerável às situações de violência obstétrica.

[...] cheguei grávida de nove meses e com minha filha de dois anos, e vinte dias depois tive minha segunda filha. Ela nasceu na Santa Casa. Foi muito difícil, eu não falava nada de português. Depois uma amiga brasileira ajudou, ela falava português. Minha amiga brasileira⁴¹¹ ajudou. [perguntei se Layla e o esposo falavam outra língua além de árabe] Naquela época só árabe, agora a gente já fala um pouco de português. Aqueles dias foram muito difíceis, fiquei muito triste. Não falava português e tinha muita dor[silêncio] muito difícil. Não tinha minha família perto (Layla, refugiada síria)

Ainda sobre a experiência de ter um parto na condição de refugiada, temos o relato de Asmaa, 33 anos, refugiada síria que antes de chegar a São Paulo, passou pelo campo de refugiados de Zaatari, na Jordânia. Com é usual nos campos de refugiados, há uma profusão de ONGs estrangeiras, com profissionais de saúde de diversas nacionalidades:

Lá tem muitas doenças e por isso tinham muitas clínicas, porque tem muitas pessoas no campo. Eles têm mais cuidado, tem o centro de saúde. Tinha muitos médicos franceses e italianos [das ONGs]. Tinha muitos hospitais também. As crianças ficavam muito doentes lá. Tinha gripe, febre. Eu estava grávida de minha filha, e cada mês tinha consulta também, igual aqui. Minha filha nasceu lá na Jordânia, no hospital do Campo. A médica me ajudou muito no parto. Mas tem que ser rápido, não pode ficar muito tempo no hospital, só seis horas e vai embora. Porque tem muita gente para atender (Asmaa, refugiada síria).

⁴¹¹ Layla se refere a funcionária da ONG Compassiva, que passou a acompanhá-la nas consultas de puerpério e puericultura após a alta do hospital. Esta organização tem uma atuação junto aos refugiados sírios, em especial, durante pré-natal, puerpério e puericultura, basicamente se dispondo a acompanhá-los nas consultas e exames, apoiando também nos agendamentos necessários.

Por fim, temos o relato da refugiada síria, Aisha⁴¹², 45 anos, evidenciando várias demandas, necessidades e dúvidas:

[Perguntei a Aisha quando fez seu último exame de citologia oncológica] Nunca fiz este exame. Lá na Síria tinha que pagar para fazer. Agora eu quero fazer a cirurgia da Hérnia [nesse momento, Aisha coloca as mãos no abdômen] e é grande e dói [perguntei se já havia passado em consulta no posto de saúde para cuida disso, e nesse momento, a filha de Aisha, de 12 anos, respondeu]. A gente fez o cartão, mas a gente não vai, a gente não entendeu. Não sabe como funciona. A moça [a ACS] vem aqui e vai embora [sobre a vista do Agente de Saúde]. [silêncio]. [no momento que realizo essa entrevista, dezembro de 2017, estava ocorrendo uma epidemia de Febre Amarela⁴¹³ no Brasil, com longas filas nas Unidades de Saúde, e muita informação equivocada sendo divulgadas pela mídia. Sobre essa situação, a filha de Aisha, de doze anos, pergunta:] Queria te perguntar uma coisa? Eles então falando que tem que vacinar para Febre Amarela. Ninguém explicou nada para gente [nesse momento, explico que caso não estejam planejando viajar para nenhuma área endêmica para Febre Amarela, não é necessário vacinar-se] (Aisha, refugiada síria).

Esse relato provoca-nos a refletir sobre algumas questões. Inicialmente, podemos observar que se trata de uma mulher que nunca realizou rastreamento para câncer de colo do útero, exame preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) para mulheres entre 24 e 65 anos, sendo papel da APS identificar as mulheres elegíveis para realização deste exame, e oferecê-lo. Há também, muito provavelmente uma hérnia abdominal que a está incomodando, e a não utilização da UBS se dá por uma incompreensão a respeito do seu funcionamento, embora a ACS viste a família. E por último, diante de enormes filas na UBS e uma intensa repercussão na mídia a respeito da epidemia de Febre Amarela, há uma incompreensão sobre que está acontecendo na cidade, aliada a uma sensação de invisibilidade.

Entendemos que entra as intervenções possíveis para implementar a comunicação entre a Unidade de APS local e os refugiados sírios, encontra-se a incorporação de um refugiado sírio que seja morador da área de abrangência e fale português, como ACS. Para que este dispositivo fosse potencializado ao máximo e alcançasse todas as equipes e sírios residentes no território, seria interessante pensar em uma lógica de transversalidade, sem restringir a atuação deste ACS à apenas uma microárea⁴¹⁴. Naturalmente,

⁴¹² Aisha morava em Damasco com seu esposo e três filhos, e saiu da Síria há cinco anos, em 2012, em decorrência da guerra, após a morte do esposo. Há três anos está no Brasil, com seus filhos de sete, doze e vinte anos. Há três meses a família mora em um apartamento alugado pela Mesquita Brasil, tendo que desocupá-los em um mês.

⁴¹³ Entre dezembro de 2016 e 2017 houve uma epidemia de FA silvestre que atingiu os estados de Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo (Cavalcanti, Tauil, 2017). Na cidade de São Paulo iniciou a vacina contra a Febre Amarela para que fosse se deslocar para áreas de risco para a doença (Cavalcanti, Tauil, 2017).

⁴¹⁴ No processo de trabalho da ESF, cada equipe de Saúde da Família terá sua área de abrangência, composta por cinco ou seis microáreas. Cada ACS será responsável por cadastrar todos os usuários da microárea que está sob sua responsabilidade, além de

deveríamos respeitar o limite máximo de cadastrados por cada ACS, e até avaliar a pertinência de reduzir esse número de acordo com a vulnerabilidade dos usuários.

Atualmente há apenas um ACS estrangeiro, proveniente de Angola. Anteriormente, fazia parte da equipe um ACS congolês, que foi transferido para atuar junto às pessoas em condição de rua na região da Cracolândia, no Programa Redenção⁴¹⁵.

O único Agente de Saúde Comunitário estrangeiro é o José, que é angolano e está na minha equipe. A ACS que faz a microárea que tem mais haitianos na minha equipe é a Rita⁴¹⁶, que cobre a Rua Lavapés. Ela não sabe línguas, mas está dando conta ali da região. Ela está há dois anos na microárea. Mas ela conhece bem a região. [...] (Wilson, médico).

Também seria muito útil, realizar um levantamento com relação as ONGs que atuam junto aos refugiados sírios, buscando identificar se utilizam mediadores culturais, e se oferecem aulas de português para refugiados. A intenção é atuar de modo intersetorial, otimizando a utilização desses recursos.

Por fim, é impossível deixar de registrar o difícil momento político-sanitário que estamos vivendo no Brasil desde 11 de março de 2020, quando a OMS declarou estado de pandemia da doença Covid-19, causada por uma nova cepa viral da família *Coronaviridae* (SARS-CoV-2). No caso brasileiro, a política do governo federal é de inspiração genocida, pautada pelo descaso com relação as medidas sanitárias, estímulo ao consumo de medicamentos ineficientes para conter a doença, ineficiência na aquisição de vacinas, e estímulo a não-vacinação. Em meio a tudo isso, os grupos mais vulneráveis, entre os quais, estão os refugiados, são e serão sempre, os mais atingidos pela pandemia, que “passará a ser um poderoso instrumento de extermínio de populações vulneráveis, à disposição dos governantes brasileiros” (Deisy Ventura, entrevista à Revista Continente, 1/03/2021).

morar nessa região (disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/cidadao/saude-e-bem-estar/melhorias-na-saude-municipal/estrategia-saude-da-familia-esf>)

⁴¹⁵ O “Projeto Redenção” foi implementado em 2017 pela gestão do prefeito João Dória, a partir do desmonte do “Programa de Braços Abertos” formulado pela gestão anterior. O foco era a área da Cracolândia, na região central da cidade de São Paulo, historicamente estigmatizada pela ocupação de usuários de drogas, pela presença de prostituição e de moradores em situação de rua. As intervenções promovidas pelo novo programa constituem uma tentativa de promoção da gentrificação da região central da cidade e a materialização do pensamento higienista. Foge ao escopo desse trabalho desenvolver o tema, porém consideramos importante sinalizar para essa discussão, sobejamente discutida por muitos autores (Cavedini, 2019; Vianna, 2016; Rui, Fiore, Tófoli, 2016). Maiores informações sobre “Projeto Redenção - Ações de Urbanismo”, disponíveis em: http://gestaourbana.prefeitura.sp.gov.br/wpcontent/uploads/2017/07/ProjetoReden%C3%A7%C3%A3o-Luz_A%C3%A7%C3%B5es-deUrbanismo_29.05.17_.pdf.

⁴¹⁶ Nome fictício

A esse respeito, como nos diz Nísia Trindade Lima:

A pandemia não é a mesma para todos os países, nem a mesma para todos dentro de um mesmo país ou da mesma cidade. Muitos dizem que estamos todos no mesmo barco, mas não é bem assim. Estamos todos passando pela mesma tempestade no mesmo mar. Mas é como se alguns estivessem em transatlânticos, outros em iates, outros em barcos a vela ou mesmo canoas (entrevista⁴¹⁷ de Nísia Trindade Lima, presidenta da Fundação Oswaldo Cruz, 9 de julho de 2020).

⁴¹⁷ Entrevista realizada por Eduardo Ribeiro (Ecoa-Uol) e publicada no Portal da Ensp, em 9 de julho de 2020 (Disponível em: <https://racismoambiental.net.br/2020/07/09/a-pandemia-nao-e-a-mesma-para-todos-diz-a-presidente-da-fiocruz-nisia-trindade-lima/>)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese quisemos reconhecer e refletir criticamente a respeito das possíveis interfaces entre as pessoas em situação de refúgio e a APS. Fizemos isso sob uma perspectiva histórica, considerando diversos contextos e momento variados. Estamos diante da intersecção de dois temas bastante complexos. Em última instância, trata-se do modo como as migrações forçadas assumiram significados diversos ao longo do tempo, tornando-se uma permanência até os dias de hoje, com a institucionalização do conceito de refugiado e a expressão do tensionamento constante entre os interesses dos refugiados e os interesses das potências hegemônicas. Do mesmo modo, tomando como referência a história da saúde pública mundial, temos as diversas concepções e inflexões que a APS assumirá ao longo do tempo, antes mesmo da criação da OMS, expressando o contínuo embate entre a ideia de que a implementação da saúde das populações resultaria na eliminação da miséria, e o entendimento de que seria o investimento na melhoria das condições de vida das populações, recuperando suas condições econômicas e sociais, que levaria ao incremento de sua saúde de forma duradoura.

Subjacente a tudo isso, temos o impacto que a racionalidade neoliberal, sobretudo a partir do final da Guerra Fria, terá no aumento das migrações forçadas e nas estratégias para manejá-las, assim como o protagonismo que organizações como o Banco Mundial e a Fundação Bill e Melinda Gates passaram a ter na saúde pública mundial, em tempos de saúde global. Não menos importante, e também consequência desses novos ventos, o papel do Estado na assistência à saúde de seus cidadãos estará sob revisão, buscando descomprometer-se dessa responsabilidade. Essas mudanças impactaram as pessoas em situação de refúgio, na medida em que houve um recrudescimento das barreiras que passaram a enfrentar para entrar em vários países, assim como nas barreiras de acesso ao sistema de saúde local.

A primeira aproximação formal entre o tema dos refugiados e a saúde pode ser reconhecida na criação de duas importantes organizações internacionais, a OMS, em 1946, e o ACNUR, em 1950. Ambas organizações tiveram como disparador para sua criação, a Segunda Guerra Mundial, fato histórico que envolveu os principais atores

internacionais, e que resultou em milhões de europeus desterrados, o que significava um enorme contingente de pessoas sem comida, abrigo ou proteção contra a ameaça de epidemias.

Naquele momento, o ACNUR foi criado para cumprir um mandato temporário, tendo como missão prestar assistência e proteção apenas aos refugiados europeus gerados da Segunda Guerra Mundial. Embora, inicialmente, a preocupação com a assistência à saúde dos refugiados tenha feito parte das reuniões que precederam a criação da OMS, o fato é que ela tomou como sua responsabilidade as discussões em torno da saúde pública mundial, tendo como objeto os cidadãos vinculados aos seus Estados, e portanto, não havia lugar para os “não-cidadãos”, aqueles que haviam perdido o vínculo estatal, e desafiavam desde já uma territorialidade estabelecida desde a época da criação do Estado-nação, no século XVI. É bem verdade que nesse momento havia uma “boa vontade” com os refugiados europeus, e uma expectativa de “resolver” essa situação com ações de repatriamento e absorção desse contingente em outros países europeus. Contudo, nas próximas décadas, o manejo dos refugiados, agora oriundos de países do hemisfério norte, nem sempre teve o mesmo objetivo.

Sendo assim, o mandato do ACNUR seguiu sendo renovado permanentemente até os dias de hoje, diante da presença crescente de migrantes forçados no cenário mundial, ficando responsável por lidar com a formação de novas e diversificadas experiências de refugiados, em meio a fragilidades, tanto no alcance da proteção que prestavam, quanto da fragilidade dos dispositivos de proteção internacional. Desse modo, a política a ser implementada com relação a esses contingentes variará de acordo com os interesses geopolíticos dos países que financiam o seu funcionamento, através de doações.

A OMS, enquanto uma organização multinacional, no âmbito da saúde internacional, também se confrontou, desde sua origem, com demandas na esfera econômica e política, e os caprichos ideológicos das elites responsáveis pela definição do que será prioridade a cada tempo. Nas duas décadas que se seguiram à sua formação, houve a priorização de ações que tinham como foco a erradicação de doenças, baseadas em intervenções verticalizadas e pontuais, sustentadas na hegemonia mundial dos Estados Unidos. No final da década de 1970 chegamos a uma nova conformação de forças intra e extra institucionais que possibilitou que a OMS propusesse uma abordagem ampliada de APS, enquanto política de saúde pública mundial, que deveria inspirar o sistema de saúde

dos países. Tratava-se de uma abordagem mais eficaz para resolver os problemas de saúde em países em desenvolvimento, com uma distribuição equitativa da assistência, envolvimento da comunidade, ações visando a prevenção, uso de tecnologia apropriada, e abordagem multissetorial. Embora a Declaração de Alma Ata não tenha inaugurado e esgotado o conceito de APS, representou o primeiro destaque dado à atenção primária em termos internacionais, recuperando experiências e reflexões teóricas, além da influência de preceitos originais da Nova Ordem Econômica Mundial.

No final da década de 1970 e início de 1980, ocorreu uma inflexão nos rumos da saúde internacional e nas estratégias de manejo das migrações forçadas. O ACNUR abandona gradualmente a política de estimular e apoiar a integração local dos refugiados, e passa a assumir a tarefa de coordenar inúmeras ações emergenciais humanitárias implementadas em campos de refugiados. Para a operacionalização dessas ações, um número crescente de ONGs internacionais entram em cena. Portanto, ocorre a instalação de inúmeros campos de refugiados, enquanto dispositivos de contenção de deslocamentos populacionais em massa. Na medida em que esses espaços se perpetuavam, surge a necessidade de propor-se formas mais permanentes de assistência à saúde, indo além de ações emergenciais.

No decorrer da década de 1980, o tema dos refugiados entra em sua fase atual, marcada por contradições permanentes, atravessado pelo embate entre os interesses dos refugiados que se encontravam em situação de risco, e o discurso estatal da necessidade de proteger seus cidadãos e garantir a soberania nacional. Nesse embate, o desrespeito aos direitos das pessoas em situação de refúgio, inclusive no que se refere ao acesso a saúde, passa a ser a regra, justificado pela supremacia da soberania nacional e absoluta incapacidade do ACNUR impor qualquer sanção frente a essas violações. Nesse período, também a sugestão da OMS de que os sistemas de saúde deveriam organizar-se sob a lógica de uma APS abrangente, será substituída pela proposta de uma APS simplificada, pautada em ações pontuais e implementadas de forma verticalizada.

Foi nesse contexto que no início de 1980 já era possível perceber a menção da APS como uma abordagem capaz de dar conta da assistência à saúde de uma grande massa de refugiados reclusos em acampamentos, que não tinham a menor perspectiva de serem extintos, e que ao contrário, se perpetuavam. Além disso, também observamos a utilização de alguns dispositivos tecnológicos da APS, em versões que atendiam a

objetivos específicos ao serem aplicados aos corpos de refugiados. Para exemplificar, temos a utilização de refugiados leigos como trabalhadores na assistência à saúde em diversos acampamentos, como Trabalhadores de Saúde Comunitária. Essa prática foi muito bem-vista, pois além de reduzir os gastos em saúde, facilitava a atuação das equipes de saúde estrangeiras vinculadas às ONGs internacionais, em sua grande maioria, europeias.

Nessa ocasião, a aproximação entre o jargão da APS e os refugiados podia ser identificada, não apenas na produção científica que tratava o assunto, mas também em documentos oficiais do ACNUR e de ONGs. Toda essa produção contava com a chancela de dois importantes polos acadêmicos, a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres e a Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia. Essas instituições subsidiaram as tentativas de sistematizar a assistência à saúde nos campos de refugiados, realizando cursos para formação das equipes de saúde que iriam atuar nesses locais produziram manuais que tinham como referência a saúde comunitária, matriz teórico-ideológica da APS.

Mantendo as devidas proporções, reconhecemos uma aproximação com o período de uma saúde pública transnacional incipiente, no final do século XIX, quando a satisfação de interesses econômicos tinha supremacia sobre a proteção da saúde da população colonizada pelas potências imperialistas, sendo a ciência instrumentalizadora desse objetivo. Naquela ocasião, a medicina tropical, com seus ares de cientificidade, consolidado pela criação de instituições acadêmicas em países europeus, respaldou as intervenções dos países europeus que colonizavam os trópicos. No final do século XX, na medida em que refugiados passavam a ser contidos nesses acampamentos, era necessário dar uma validação acadêmica para essas intervenções, com a chancela de instituições acadêmicas de renome, recorrendo a aplicação de “receitas” da APS nesses espaços.

Considerar os campos de refugiados como comunidades estáveis, equivalentes as inúmeras comunidades existentes nos países em desenvolvimento, era um pressuposto utilizado para defender a ideia de que a APS seria a melhor abordagem para a assistência à saúde dos refugiados, uma vez que, se era capaz de melhorar o status de saúde de populações em países em desenvolvimento, por analogia, também seriam benéficas para as “comunidades” em campos de refugiados. Tratava-se de um modo de naturalizar a

instalação desses acampamentos, despolitizando a discussão a respeito do claro desinvestimento em políticas de integração local e reassentamento. Porém, qual cardápio de APS seria servido nesses espaços ? O que se observou foi a ocupação dos campos de refugiados por inúmeras ONGs internacionais que implementavam ações pontuais e sobrepostas, sem uma coordenação centralizada. A versão da APS em pauta se aproximava de sua versão seletiva, como cestas de serviços “custo-efetivos”. A invasão dos campos de refugiados localizados em países pobres no hemisfério sul pelas equipes de saúde de ONGs internacionais, em sua maioria europeias, que levavam suas “balas mágicas”, nos parece uma reedição do eurocentrismo da medicina colonial.

Outra prática comum nesses espaços era a realização sistemática e compulsória de rastreamento de fatores de risco ou doenças, um rastreamento médico. De fato, realização de rastreamentos médicos está profundamente enraizada na prática médica em meio a APS, sendo considerada uma intervenção preventiva. Tratava-se do esforço para detectar uma doença em um estágio precoce e assintomático, quando é mais provável que seja passível de tratamento e cura, reduzindo a morbimortalidade. Nos anos 60 e 70 ocorreu uma intensa discussão crítica a respeito do objetivo dessa prática, e seus efeitos iatrogênicos. Por fim, chegou-se à conclusão de que a sua realização deveria sustentar-se em sólidas evidências científicas, com a demonstração de sua custo-efetividade, buscando assim, justificar o controle disciplinar sobre o corpo.

Em meio a toda essa discussão a respeito da necessidade de ter-se cautela na implementação de ações sistemáticas de rastreamentos médicos, a nível populacional, em serviços de APS em vários países, passamos a reconhecer a adoção sistemática dessa triagem em campos de refugiados. A discussão a respeito da necessidade de evidências científicas que justificassem essa intervenção, eram insipientes. Tal preocupação cai por terra, sendo legítimas práticas, baseadas apenas na intenção de controlar e interditar a mobilidade dos corpos dessas pessoas.

Sendo assim, o rastreamento médico passa a assumir, nos campos de refugiados, o papel de uma tecnologia de governo dos corpos, biopolítica neoliberal. Observamos, portanto, um deslocamento de sua inserção habitual em programas nacionais de rastreamento, visando grupos específicos (por exemplo, programas de rastreamento de câncer cervical e de mama), em meio a um sistema de saúde funcionando sob a lógica da APS.

Posteriormente, os programas de rastreamento passaram também a fazer parte do processo de solicitação de refúgio em muitos países, como por exemplo, os Estados Unidos, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, e países da Europa. Em alguns países, como os Estados Unidos e Canadá, o seu resultado será determinante da aceitação ou não de um pedido de refúgio. Havia um caráter compulsório na sua realização, que visava, essencialmente, reconhecer para rejeitar os indivíduos que constituíssem uma ameaça sanitária à população de seu país, e os que tivessem doenças que pudessem representar um aumento de gastos para o sistema de saúde.

Embora a OMS, em 2016, tenha se posicionado contrária a utilização dos rastreamentos médicos para fins de “seleção”, vigilância e controle, essa organização não tem o menor poder de impor sanções a esses países. Apesar disso, a OMS sinalizou para obrigações morais e cuidados éticos que deveriam ser garantidos ao refugiado, como o direito à saúde.

Outra interface entre as pessoas em situação de refúgio e a APS ocorre quando uma pessoa em situação de refúgio encontra-se em um determinado país, e surge a necessidade de utilizar o sistema de saúde local. Uma questão que se coloca diz respeito ao impacto que as reformas neoliberais tiveram sobre os sistemas de saúde de muitos países, com uma tendência a minimização do Estado, com consequente restrição de direitos sociais, e uma redução nos recursos disponíveis para saúde pública.

De fato, a implementação de diferentes concepções de APS será determinada pelo modelo de proteção social e saúde vigente em cada país. No caso de países em desenvolvimento, ocorrerá a implementação de políticas de ajuste fiscal e reformas macroeconômicas estruturais neoliberais centradas na desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira e na redução do Estado com privatização importante dos serviços sociais e de infraestrutura, incentivadas por organismos financeiros internacionais. Sendo assim, a concepção de proteção preconizada estará focalizada em grupos populacionais vulneráveis e oferta de uma cesta restrita de serviços de saúde. Por outro lado, mesmo os países europeus que haviam implementado sistemas de saúde nacionais de acesso universal, começam a rever esta estrutura, no sentido de reduzir direitos sociais.

Cabe sublinhar que, atualmente, a grande maioria das pessoas em situação de refúgio encontram-se em países em desenvolvimento com sistemas de saúde frágeis, enfrentando diversas barreiras de acesso, usufruindo de pacotes de serviços de saúde cada vez mais reduzidos, muitas vezes focados em serviços de emergência e tratamento de algumas doenças infectocontagiosas.

A partir de nosso estudo de caso que tomou como objeto a interação dos usuários sírios em situação de refúgio na cidade de São Paulo com uma Unidade Básica de Saúde que funcionava sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família, elencamos algumas discussões e reflexões que julgamos importantes.

Os médicos das equipes de Saúde da Família se depararam com a demanda relativa à realização de circuncisão masculina em crianças sírias, em decorrência da tradição muçulmana. Em países de maioria muçulmana, os governos têm uma preocupação de organizar a realização dessa intervenção pelo sistema de saúde, o mais precocemente possível, visando reduzir possíveis complicações de sua realização tardia.

No caso do Brasil, no contexto do SUS, a circuncisão masculina será realizada diante de uma indicação médica. Isso não significa que o médico atuante em um serviço de APS não tenha nada a fazer diante da demanda apresentada acima. Será muito importante que o profissional implemente a discussão sobre o assunto com as famílias sírias em diversos momentos do atendimento, tais como durante as consultas de pré-natal e puericultura.

Identificamos também dificuldades de comunicação entre esses usuários e a Unidade de Saúde, resultando em uma barreira de acesso ao serviço. Essa questão acaba constituindo-se em mais um fator de sobrecarga, comprometendo a saúde mental desses usuários, já impactada pelo processo de migração forçada.

Nesse sentido, consideramos que a incorporação de usuários sírios como Agentes Comunitários de Saúde seria uma estratégia interessante, possibilitando uma aproximação da equipe de saúde com a realidade dessa população. Por outro lado, a inserção dos usuários sírios em situação de refúgio na equipe de saúde da Unidade possibilitaria uma compreensão do processo de trabalho desenvolvido localmente, e fluxos na relação com a rede de atenção à saúde.

As pessoas em situação de refúgio objetivam reconstruir suas relações com o espaço durante seu movimento forçado em busca de proteção e novas possibilidades de reconstrução de suas vidas, ou seja, de uma reterritorialização. Esse movimento é seguido pela perda de seus direitos básicos, encontrando-se em uma fenda entre espaços (Estados), onde a retomada desses direitos básicos, ou pelo menos de uma parte deles está relacionada essencialmente a sua reintegração territorial e, por consequência, jurídica ao espaço da política governamental. Nesse processo, os serviços de saúde e suas equipes, como as Unidades de Saúde com suas equipes de Saúde da Família, são desafiados a desapegar-se de sua lógica territorial cartesiana, e buscar compreender a trajetória de cada uma dessas pessoas, suas expectativas com relação aos serviços, e suas necessidades e demandas.

Por fim, concluímos que a discussão do tema da saúde dos refugiados mantém-se contemporânea, impondo-se o reconhecimento das vulnerabilidades e especificidades dessas populações. As desigualdades em saúde e invisibilidade a que são submetidos devem ser objeto de estudo do campo da Saúde Coletiva, sob uma perspectiva transdisciplinar, sendo o *locus* da APS, um espaço privilegiado para estudos e pesquisas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS⁴¹⁸

Adams V. Evidence-based global public health. In: Biehl J, Petryna A (eds). *When people come first*. 2014; p. 54-90.

Administração das Nações Unidas para Auxílio e Reabilitação (ANUAR). Agreement For UNRRA. Agreement for United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA), November 9, 1943. Disponível em: <https://www.ibiblio.org/pha/policy/1943/431109a.html>

Achotegui J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante conestrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Zerbitzuan – Revista de Servicios Sociales*. 2009; 46: 163-171.

Ackerknecht EH. Anticontagionism between 1821 and 1867. *Bulletin of the History of Medicine*. 1948; 22: 562-593.

Agamben G. *Homo Sacer: Poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007.

Agamben G. O que é contemporâneo? E outros ensaios. Chapecó: Ed. Argos, 2009.

Agier M. Refugiados diante da nova ordem mundial. *Revista Tempo Social*. 2006; 18(2):97-215.

Aguiar ME. *Tecnologias e cuidado em saúde: Estratégia Saúde da Família (ESF) e o caso do imigrante boliviano e coreano no bairro do Bom Retiro -SP* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva, 2013.

Aguiar ME, Mota A. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde no Bom Retiro. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(50):493-506. [citado 10 nov 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n50/1807-5762-icse-1807-576220130040.pdf>

⁴¹⁸ De acordo com Estilo Vancouver

Ahmed M. My experience as a community health worker. *J Ambul Care Manage*. 2011; 34(3):287.

Al Faisal W, Sen K, Al Saleh Y. Syria: public health achievements and the effect of sanctions. *Indian J Med Ethics*. 2012 Jul-Sep;9(3):151-3.

Alahdab F et al. Field hospitals in Syria. *Lancet*. 2014 Jan 25;383(9914):303. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60095-7. PMID: 24461114.

Almeida-Filho N, Paim JS. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamerica. *Cuadernos Médico Sociales*. Mayo 1999; (75):5-30. [citado 18 jul 2016]. Disponível em: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf>

Almeida GA. *Direitos humanos e não-violência*. São Paulo: Atlas, 2001. [citado 10 fev. 2018]. Disponível em: http://www.acnur.org/diretorio-nacional-de-teses-de-doutorado-e-dissertacoes-de-mestrado/livros_publicados_no_brasil.htm

Almeida JR. *The 1851 International Sanitary Conference and the construction of na international sphere of public health* [dissertação]. United Kingdom: The University of Edinburg. 2012.

Amorim MC, Perillo E. National Health Service – NHS o sistema de saúde da Inglaterra. *Rev.Fac.Ciênc.Méd*.2014;16(1):53-54.

Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In Sader E; Gentili P (orgs.) Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995. p. 9-23.

Alsadat R, et al. Characteristics and outcome of critically ill patients with 2009 H1N1 influenza infection in Syria. *Avicenna J Med*. 2012; 2(2):34-7.

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Felix Schnyder, Report on New Refugee Situations, submitted to the 7 th session of EXCOM (1962): UM doc A/AC. 96.158, 1962.

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Speech by Prince Sadruddin Aga Khan, United Nations High Commissioner for Refugees, to the Forty-third Session of the United Nations Economic and Social Council (ECOSOC), Geneva, 1 August 1967.

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Reasons for Hope, UNHCR, Geneva, 1979. Disponível em: <https://www.unhcr.org/afr/4e1ee77c0.pdf>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Reasons for Hope, UNHCR, Geneva, 1979. Disponível em: <https://www.unhcr.org/afr/4e1ee77c0.pdf>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). International Conference on Assistance to Refugees in África. 9th- 10th april, 1981.

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Handbook for emergencie: Parte One: Field operations. Geneva. 1982. Disponível em : <http://cidbimena.desastres.hn/docum/crid/Octubre2004/pdf/eng/doc2804/doc2804.htm>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Handbook for emergencie: Geneva. 1988, second edition. Disponível em: <http://helid.digicollection.org/en/d/Jh0216e/4.html>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). The State of the Word's Refugees 2000: fifty years of humanitarianAction. 01 january 2000. Oxford University Press. 340 p. Disponível em: <https://www.unhcr.org/4a4c754a9.html>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). A situação dos refugiados no mundo: cinquenta anos de ação humanitária. Almada: A Triunfadora Artes Gráficas; 2002. [citado 2 fev. 2018]. Disponível em: <http://www.cidadevirtual.pt/acnur/sowr2000/prelims.pdf>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Executive Committee of the High Commissioners Programme, 2004. Protracted Refugee Situations, Standing Committee, 30th Meeting, EC/54/SC/CRP.14, 10 June 2004. Disponível em : <https://www.refworld.org/pdfid/4a54bc00d.pdf>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Report of the United Nations High Commissioner for Refugees, 1990. citado 2 fev. 2018]. Disponível em: <RefWorld, 2004, CD1, UNHCR Reports.

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. Manual de procedimentos e critérios para a determinação da condição de refugiado: de acordo com a Convenção de 1951 e o Protocolo de 1967 relativos ao Estatuto dos Refugiados. 3ª ed. 2011. [citado 8 mar. 2017]. Disponível em: <http://www.acnur.org/portugues/wp->

content/uploads/2018/02/Manual_de_procedimentos_e_crit%C3%A9rios_para_a_determina%C3%A7%C3%A3o_da_condi%C3%A7%C3%A3o_de_refugiado.pdf

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). “Global Strategy for Public Health: Public Health - HIV and Reproductive Health - Food Security and Nutrition Water, Sanitation and Hygiene (WASH) - A UNHCR Strategy 2014-2018,” 2014b. Acesso em 30 de jul. 2020. Disponível em: <https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/38311/UNHCR%2C+Global+Strategy+for+Public+Health+2014-2018%2C+2014/80634a08-924a-4888-8ac7-e6ef48a5106dOIT>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Construindo Comunidades de Práticas para Refugiados Urbanos – Relatório da Mesa Redonda do Brasil. ACNUR PDES. São Paulo, 2015q, p.13. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Construindo-Comunidades-de-Pr%C3%A1tica-para-Refugiados-Urbanos_ACNUR-2015.pdf

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Histórias de Vida_ Europeus Refugiados em Síria: así acabo la II GM. 28 enero 2019. Disponível em: <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/historias-de-vida/europeos-refugiados-en-siria-asi-acabo-la-ii-gm>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Protracted Refugee Situations Explained. 28 jan. 2020. Acesso 1 ago. 2020. Disponível em : <https://www.unrefugees.org/news/protracted-refugee-situations-explained/>

Alvares G. *A presença árabe muçulmana na fronteira: o caso da cidade de Guaíra - PR*. [dissertação]. Paraná: Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus Marechal Cândido Rondon; 2017.

Amaral I. Bactéria ou parasita? A controvérsia sobre a etiologia da doença do sono e a participação portuguesa, 1898-1904. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. 2012; 19 (4): 1275-1300.

Amnesty International. Amnesty International Report 2016/17. The state of the world's human rights. London, 2017. [citado 19 jun. 2019]. Disponível em: <https://www.amnesty.org/en/documents/pol10/4800/2017/en/>.

Amrith S. *Decolonizing International Health. India and Southeast Asia, 1930–1965*. Houndmills and Basingstoke, England: Palgrave Macmillan; 2006.

Amrith S, Clavin P. Feeding the World: Connecting Europe and Asia, 1930–1945, *Past & Present*, Volume 218, Issue suppl_8, 2013, Pages 29–50, <https://doi.org/10.1093/pastj/gts033>

Andermann A, Blancquaert B, Beauchamp S, Déry V. WHO | Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bulletin World Health Organ*. 2008;86(4):317–9.

Andrade JH. *Direito internacional dos refugiados: evolução histórica 1921-1952*. Rio de Janeiro: Renovar, 1996 c.

Andrade JHF. *O Brasil e a proteção de refugiados: a discussão tem início no Congresso Nacional. Pensando o Brasil: reflexões e sugestões para os problemas do Brasil*. Brasília. 1996; 16: p.7-12.

Andrade JHF. Regional policy approaches and harmonization: a latin american perspective. *International Journal of Refugee Law, Oxford*. 1998; 10: 389-409.

Andrade JHF. O Brasil e a organização internacional para os refugiados (1946-1952). *Rev. Bras. Polít. Int.* 2005; 48 (1): 60-96. [citado 10 set. 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbpi/v48n1/v48n1a03.pdf>

Andrade RP. Contribuições para um debate: a antropologia do desenvolvimento e a valorização econômica da Amazônia (1951-1955). *Cadernos do Desenvolvimento*. 2015; 10(16):53-72.

Andrade JHF, Marcolini AA. A política brasileira de proteção e de reassentamento de refugiados – breves comentários sobre suas principais características. *Revista Brasileira de Política Internacional*. 2002; 45(1):168-176.

Antiss H et al. Help-seeking for Mental Health Problems in Young Refugees: A Review of the Literature with Implications for Policy, *Practice, and Research*. *Transcultural Psychiatry*. 2009; 46: 584–607.

Anwer AW, Samad L, Iftikhar S, Baig-Ansari N. Reported Male Circumcision Practices in a Muslim-Majority Setting. *Biomed Res Int*. 2017; 2017:4957348.

Araújo JO. *Prevalência de violência sexual em refugiados: uma revisão sistemática* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2015.

Arendt H. *Origens do totalitarismo – antissemitismo, imperialismo, totalitarismo*. São Paulo: Companhia de Bolso; 2012.

Armstrong D. The rise of Surveillance Medicine. *Soc Health Illness*. 1995; 17(3):393-404.

Armstrong D. Screening: mapping medicine's temporal spaces. *Sociology of Health and Illness*. 2012; 34(2): 177-193.

Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [tese]. São Paulo: Campinas. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. 1975. [citado 10 fev. 2019. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311321>>.

Associação Americana de Pediatria (AAP). Circumcision policy statement. *American Academy of Pediatrics*. 2012; 130: 585–586. DOI: 10.1542/peds.2012-1989.

Associação Médica Britânica (AMB). Non-therapeutic male ircumcision (NTMC) of children – practical guidance for doctors. *British Medical Association (BMA)*. 2019. Disponível em: www.bma.org.uk/advice/employment/ethics/children-and-young-people/nontherapeutic-male-circumcision-of-children-ethics-toolkit (accessed 26 April 2019).

Arie S. “Circumcision: divided we fall,” *British Medical Journal*, 2010;341: c4266, 2010.

Australian Refugee Health Practice Guide. Primary care for people from refugee backgrounds. Disponível em: <http://refugeehealthguide.org.au/refugee-health-assessment/>

Auvert B et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 *Trial*. *PLoS Med* 2005;2(11):e298. [1549-1676 (Electronic)]

Aydos, M.; Baeninger, R; Dominguez, J Arantes. *Condições de Vida da População Refugiada no Brasil: trajetórias migratórias e arranjos familiares*. In: Trabalho

apresentado no III Congresso da Associação Latino-Americana de População. Córdoba. 2008.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3), 16-29.

Baeninger R. O Brasil na rota das migrações latino-americanas. In: Rosana Baeninger (org). *Imigração boliviana no Brasil*. Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo/Unicamp; Fapesp; CNPq; Unfpa, 2012.

Baeninger R, Silva JCJ (coord). *Migrações Venezuelanas*. Campinas:São Paulo. Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó”- Nepo/Unicamp; 2018.

Baeninger R, et al. (orgs). *Migrações Sul-Sul*. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp; 2018a.

Baeninger R, et al.(coord) *Migrações internacionais e a pandemia de Covid-19*. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” - Nepo/ Unicamp, 2020.

Baeninger R, Fernandes D (coord.). *Atlas Temático: Observatório das Migrações em São Paulo - Migrações Internacionais*. 2a Edição. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” - Nepo/Unicamp, 2018.

Baeninger R, Peres R. Migração de crise: a migração haitiana para o Brasil. *R. Bras. Est. Pop.* 2017; 34(1): 119-143.

Baganha M I B. Principais características e tendências da emigração portuguesa. In: *Estruturas Sociais e Desenvolvimento*. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia, Fragmentos, 1993.

Bailey RC et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*; 2007;369(9562):643-56.

Balinska MA. *Ludwik Rajchman, International health leader*. World Health Forum. v 12, 1991; p: 456-465.

Balinska MA, *For the Good of Humanity: Ludwik Rajchman Medical Statesman*, English edition (Budapest, Hungary: Central European University Press, 1998.

Barona J L, Cherry S, eds. Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945) (Spanish) – 2005.

Barreto LPTF (org.). A lei brasileira de refúgio: sua história. In: Barreto LPTF (org.). *Refúgio no Brasil. A Proteção Brasileira aos Refugiados e seu Impacto nas Américas*. Brasília: ACNUR /Ministério da Justiça, p.10-21, 2010.

Barry M, Craft J, Coleman D, Coulter HO, Horwitz R. Clinical Findings in Southeast Asian Refugees: Child Development and Public Health Concerns. *JAMA*. 1983;249(23):3200–3203

Basílico M et al. Health for all ? Competing theories and geopolitics. In: Farmer P et al. *Reimagining global health. An introduction*. University of California Press.2013; Ebook Kindle.

Batatu H. *Syria's Peasantry, the Descendants of Its Lesser Rural Notables, and Their Politics*. PRINCETON; NEW JERSEY: Princeton University Press, 1999. ebook

Beaud M. O grande boom do capitalismo (1945-1978). In: Beaud M. *História do Capitalismo: de 1500 até nossos dias*. São Paulo, Brasiliense, 1987. p.301- 321. Disponível em: <http://geofundamental.blogspot.com.br/2010/03/teoria-dos-mundos.html> [acesso em 17/10/2017].

Beeres DT, Cornish D, Vonk M, Ravensbergen SJ, Maeckelberghe ELM, Boele Van Hensbroek P, Stienstra, Y. Screening for infectious diseases of asylum seekers upon arrival: the necessity of the moral principle of reciprocity. *BMC Medical Ethics*. 2018; doi:10.1186/s12910-018-0256-7.

Bell SA, Lori J, Redman R, Seng J. Development of a brief screening tool for women's mental health assessment in refugee settings: A psychometric evaluation. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(7):1202-8.

Ben Taleb Z, Bahelah R, Fouad FM, Coutts A, Wilcox M, Maziak W. Syria: health in a country undergoing tragic transition. *Int J Public Health*. 2015 Jan;60 Suppl 1:S63-72. doi: 10.1007/s00038-014-0586-2. Epub 2014 Jul 15. PMID: 25023995.

Benatar S, Gill S, Bakker I. Making progress in global health: the need for new paradigms. *International Affairs* (Royal Institute of International Affairs 1944). 2009; 85(2): 347-371.

Bender DE, Pitkin K. Bridging the gap: the village health worker as the cornerstone of the primary health care model. *Soc Sci Med*. 1987; 24: 515-528.

Berlinguer G. The interchange of disease and health between the Old and New Worlds. *American Journal of Public Health*. 1992. 82 (10): 1407-1413.

Berman H. children and war: current understandings and future directions. *Public Health Nursing*. 2001; 18(4), 243–252.

Betancourt TS, Newnham EA, Birman D, Lee R, Ellis BH, Layne CM. Comparing Trauma Exposure, Mental Health Needs, and Service Utilization Across Clinical Samples of Refugee, Immigrant, and US-Origin Children. *Journal of Traumatic Stress*. 2017;30(3):209-18.

Bertucci LM. *Saúde: arma revolucionária*. Campinas: Centro de Memória, Unicamp; 1997.

Biehl J. Antropologia no campo da saúde global. *Horizontes Antropológicos*. 2011; 17(35): 257-296.

Biehl J, Petryna A. Therapeutic markets and judicialization of rights to health. In: Biehl J, Petryna A (eds). *When people come first*. 2014; p: 325- 346.

Bigo, D, Walker, R.B.J.(2007) Political Sociology and the Problem of the International. Millennium: Journal of International Studies. 2007;35(3):725-739.

Birn A, Pillary Y, Holtz TH. Textbook of Global Health. New York: Oxford University Press. Fourth Edition. 2017. 674p.

Birn A, Kremmentsov N. Socialising' primary care? The Soviet Union, WHO and the 1978 Alma-Ata Conference. *BMJ Global Health*; 2018;3:e000992.

Bizuneh M. An Ethiopian Refugee Camp in Sudan. The problem of Tuberculosis. *Disasters*. 1980; 4 (2): 167-170.

Black R. Fifty years of refugees studies: from theory of policy. *IMR*. 2001; 35(1): 57-78.

Bobbio N. A Era dos Direitos. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

Bógus LMM, Rodrigues VM. Os refugiados e as políticas de proteção e acolhimento no Brasil: História e Perspectivas. *Dimensões*. 2011; 27: 39-41.

Bonfim JRA, Bastos S, organizadores. *Walter Sidney Pereira Leser. Das análises clínicas à Medicina Preventiva e à Saúde Pública*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009.

Bourdieu P. Compreender. In: Bourdieu P, coordenador. *A miséria do mundo*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2011. p.693-713.

Borowy I. *Coming to terms with world health: The League of Nations Health Organization 1921-1946*. Frankfurt: Peter Lang; 2009.

Borowy I. The League of Nations Health Organization: from European to global health concerns? In: Astri Andresen, William Hubbard and Teemu Ryymin (eds.): *International and Local Approaches to Health and Health Care*, Bergen: University of Bergen 2010, 11-30.

Bozorgmehr K, Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: A quasi-experimental study in Germany, 1994-2013. *Plos One*. 2015;10(7),1–22.

Braga JCS, Paula SG. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes-Hucitec; 1981.

Brandt AM. How AIDS Invented Global Health. *N Engl J Med*. 2013; 368 (23): 2149-2152.

Brasil. Constituição Federal de 1988, disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_5_.asp

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 95p. (Série A. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Primária; n. 29).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Código Penal, disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/execicio-ilegal-da-medicina#:~:text=Art.,seis%20meses%20a%20dois%20anos.>

Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

Brough M, Gorman D, Ramirez E, Westoby P. Young Refugees Talk about Well-Being: A Qualitative Analysis of Refugee Youth Mental Health from Three States. *The Australian journal of social issues*. 2003; 38(2): 193-208.

Brown RE. Mission to Biafra: a study and survey of a population under stress. *Clinical Pediatrics*, 1969, 8: 313-321.

Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the Transition from International to Global Public Health. *American Journal of Public Health*. 2006, 96 (1): 62-72.

Brown T, Fee E. The Bandoeng Conference of 1937: a milestone in health and development. *Am J Public Health*. 2008;98(1):42-3.

Brown TM, Fee E. The Economic Depression and Public Health Memorandum Prepared by the Health Section. *Am J Public Health*. 2015a;105(1):62-64.

Brown TM, Fee E. Cognitive Dissonance in the Early Thirties: The League of Nations Health Organization Confronts the Worldwide Economic Depression. *Am J Public Health*. 2015b;105(1):65.

Bruner J. *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Bryant J. Community health workers: the interface between communities and health care systems. *WHO Chron.* 1978; 32:144-148.

Bryant M. What happens when the teams go home ? *UNICEF News*. 1981; 3: 16-17.

Bynum WF. Policing Hearts of Darkness: Aspects of the International Sanitary Conferences *History and Philosophy of the Life Sciences*. 1993; 15(3):421-434.

Burkholder BT, Toole MJ. Evolution of complex disasters. *Lancet*. 1995; 346(8981):1012-1015.

Burns CE et al. Pediatric primary care. 2017; 944-45.

Buss P. International health: approaches to concepts and practices. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. International Health: a north South debate: USA:PAHO/WHO, 1992, p..239-248

Butler J. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* 4 Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018.

Boltanski L. As Classes Sociais e o Corpo. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Calegari M, Justino L. *Refugiadas sírios em São Paulo: o direito à integração*. Trabalho submetido ao Seminário “Migrações Internacionais, Refúgio e Políticas”, a ser realizado no dia 12 de abril de 2016 no Memorial da América Latina, São Paulo. 16 p. Disponível em: https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/anais/arquivos/9_MC.pdf

Camargo MDBD. São Paulo moderno: açúcar e café, escravo e imigrantes. In: Setubal MA, coordenador. *A formação do Estado de São Paulo, seus habitantes e os usos da terra. Coleção Terra Paulista: história, arte, costumes*. São Paulo: Cenpec/ Imprensa oficial; 2004. v.1, p.105-155.

Camargo Jr. (Ir)racionalidade Médica: os paradoxos da clínica. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*. 1992; 2(1): 203-230.

Camargo Jr, Mendonça ALO, Perrey C, Giami A. Male Circumcision and HIV: a controversy study on facts and values. *Global Public Health*. 2013; 8:7, 769-783, DOI: 10.1080/17441692.2013.817599

Campos C. *São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925-1945)*. São Carlos: RIMA; 2002.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; 4 (2): 393-403.

Cardoso NCF. *Conflito Armado na Somália: Análise das causas da desintegração do país após 1991*. Monografia apresentada ao Departamento de Economia e Relações Internacionais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012.

Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2006; 15(4);679-84.

Carling J. Migration in the age of involuntary immobility: Theoretical reflections and Cape Verdean experiences. *Journal of Migration and Ethnic Studies*, 2002, 28(1), 5-12.

Carneiro MLT. *O antissemitismo na Era Vargas: fantasmas de uma geração*. São Paulo: Brasiliense; 1988.

Carneiro Jr., Gaeta RM, Malvasi P.A, Aguiar BS, Ferreira FR, Orozco YP, Barbosa LM, Silva LC, Miai ET. Políticas Públicas no Contexto dos Processos Migratórios no Brasil. In: Goldberg A, Silveira C, Coviello DM (orgs). *Migração, Refúgio e Saúde*. Santos(SP): Editora Universitária Leopoldianum; 2018a. p.251-26

Carneiro Jr, Silveira C, Silva LMB. Migração boliviana e doença de Chagas: limites na atuação do Sistema Único de Saúde brasileira (SUS). *Interface -Comunicação Saúde Educação*. 2018b; 22(64):87-96.

Carvalho JR, Marques MCC, Mota A. A Construção da Saúde Pública no Brasil do século XX. In: Rocha AA, Cesar CLG. *Saúde Pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu; 2008. p.1-14.

Castells M. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra; 1999.

Castles S. Entendendo a migração global: uma perspectiva desde a transformação social. *REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*. Brasília. 2010; 1(35):11-43.

Castro Santos LA. A reforma sanitária ‘pelo alto’: o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados – Revista de Ciências Sociais*. 1993; 36(3): 361-92.

Castro Santos LA, Faria L. *Saúde & História*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010.

Castro JA, Pochmann M (orgs). *Brasil: Estado social contra a barbárie*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020.

Cavalcante KRLJ, Tauil PL. Risco de reintrodução da febre amarela urbana no Brasil *Epidemiol. Serv. Saude*. 2017;26(3):617-620.

Cavalcanti L, Botega T, Araújo D, Tonhati T. *Dicionário crítico de migrações internacionais*. Brasília: Editora UnB; 2017.

Cavalcanti L, Oliveira T, Macêdo M, Pereda, L. Resumo Executivo. Imigração e Refúgio no Brasil. A inserção do imigrante, solicitante de refúgio e refugiado no mercado de trabalho formal. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública; Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra. 2019.

Cavedini RC. A gentrificação da cracolândia na cidade de são paulo: a materialização do pensamento higienista. *Anais do XVI Simpósio Nacional de Geografia Urbana*. 14 a 17 de nov. 2019. [citado 12 dez. 2020]. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/simpurb2019/article/view/26712>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Summary Checklist for the Domestic Medical Examination for Newly Arriving Refugees U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases. Division of Global Migration and Quarantine July 16, 2012. Disponível em: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/checklist.html>

Cervo AL, Bueno G. *História da Política Exterior do Brasil*. 2ª ed. Brasília: UNB-IBRI; 2002.

Chambers R. 'Rural refugees in Africa: What the eye does not see', *Disasters*.1979; 3(4): 22-23.

Cherry S. "Medicine and Rural Health Care in 19th Century Europe", in Steven Cherry and Josep Barona (eds.), *Health and Medicine in Rural Europe 1850–1945*, Valencia: Universidad de Valencia. 2005: 19–24.

Chimni BS. The geopolitics of refugee studies: A view from the south. *Journal of Refugee Studies*. 1998; 11(4), 350–374.

Chimni BS. Globalization, Humanitarianism and Erosion of refugee protection. *Journal of Refugee Studies*. 2000; 13(3): 243-263.

Chimni BS. The birth of a "discipline": from refugee to forced migration studies. *J Refug Stud*. 2008; 22:11-29.

Choi KJ. Além do arco-íris: a imigração coreana no Brasil [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1991.

Chorev N. The World Health Organization between North and South. Ithaca, NY: Cornell University Press; 2012.

Clark EG, Leavell H. Níveis de aplicação da Medicina Preventiva. In: Leavell H, Clark EG, orgs. *Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: FENAME; 1977. p. 11-36

Cleveland WL, Bunton M. A History of the Modern Middle East. Boulder: Westview Press, 6ª Ed., 2018. Ebook Kindle

Cobey JH. Kawata K. Perrin P. Health needs assessment at the Refugee Processing Center, Bataau. *Migration News*. 1983; 1:13.

Coimbra MGLB, Orchard MSE. Um estudo sobre os Refugiados Sírios na cidade de São Paulo e Florianópolis: trajetórias laborais e precarização do trabalho. *Ideias*. Campinas, SP. 2020; 11: 1-26.

Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP)- Parecer nº 1.362-08/82. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=3624&tipo=PAR>

ECER&orgao=%20Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%20E3o%20Paulo&numero=1362&situacao=&data=00-00-1982

Correa-Velez I, Johnston V, Kirk J, Ferdinand A. (2008) Community-based asylum seekers use of primary health care services in Melbourne. *Medical Journal of Australia*. 2008; 188(6): 344-348.

Cortez A. *Centros de Saúde de São Paulo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública de São Paulo; 1926.

Costa RP. *Uma história da Síria do século XXI para além do sectarismo religioso* [dissertação]. São Paulo: pós-graduação em Estudos Judaico e Árabes do Departamento de Letras Orientais da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 2016.

Costa SLM. *Risco, Biomedicalização e AIDS: cobertura jornalística sobre métodos biomédicos de prevenção ao HIV* [tese] Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde (Icict). 2019.

Courbage Y. Ce que la démographie nous dit du conflit syrien. 2012. [citado 10 fev. 2019]. Disponível em: <http://www.slate.fr/story/62969/syrie-guerre-demographie-minorites>

Council (ECOSOC), Geneva, 1 August 1967. Disponível em: <https://www.unhcr.org/admin/hcspeeches/3ae68fd13c/speech-prince-sadrudin-aga-khan-united-nations-high-commissioner-refugees.html>

Crosby AW. *Imperialismo Ecológico: a expansão biológica da Europa 900-1900*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

Crowley C. The mental health needs of refugee children: A review of literature and implications for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2009; 21: 322–331.

Crozier A. *Practising Colonial Medicine: The Colonial Medical Service in British East Africa*. London: I.B. Tauris. 2007; p.79-81.

Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(3), e00285117.

Cueto M. The Origins of Primary Health Care na Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*. 2004; 94(11): 1864-1874.

Cueto M. Los orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria Selectiva de Salud. In: Cueto M, Zamora V (eds). *História, Salud y Globalization*. Lima: IEP, UPCH (Lecturas Contemporaneas,5). 2006; p:27-58.

Cueto M. *O valor da Saúde_História da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Cueto M. A return to the magic bullet ? Malaria and global health um the twenty-first century. In: Biehl J, Petryna A (edits). *When people come first*. 2013. p. 30-53.

Cueto M. International Health, the Early Cold War and Latin America. *CBMH/BCHM*. 2008; 25(1): 17-41.

Cueto M. *Saúde Global: Uma Breve História*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

Cueto M, Brown T, Fee E. El processo de de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Apuntes*, vol. XXXVIII, nº 69, 2011.

Cueto M, Palmer S. *Medicina e Saúde Pública na América Latina _ Uma história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016.

Cueto M, Zamora V (eds). *História, Salud y Globalization*. Lima: IEP, UPCH (Lecturas Contemporaneas,5); 2006.

Cunha G. Migrantes e refugiados: marco jurídico e estratégia no limiar do século XXI. In: *Direito Humano no Século XXI*. Brasília: IPRI; 2002. [citado 12 mai. 2018]. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/migrantes/artigo20.htm>

Curtin PD. *Disease and empire: The health of European troops in the conquest of Africa*. New York: Cambridge University Press, 1998.

Cutts F. Training Community Health Workers in refugee camps: case study, *Disasters*, 1984.

Cytrynowicz R. Além do Estado Novo e da ideologia: imigração judaica, Estado-Novo e a Segunda Guerra Mundial. *Revista Brasileira de História*. São Paulo. 2002; 22(44): 393-423.

Czeresnia D. Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos [online]*. 1997, vol.4, n.1, pp.75-94

Dalmaso ASW. Atendimento à demanda espontânea: pronto-atendimento e atividades programáticas. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.151-63.

Darby R. The Masturbation Taboo and the Rise of Routine Male Circumcision: A Review of the Historiography, *Journal of Social History*. 2003; 36(3): 737–757.

Dasgupta K, Menzies D. Cost-effectiveness of tuberculosis control strategies among immigrants and refugees. *Eur Respir J*. 2005;25(6):1107-1116.

Davis M. *Late Victorian Holocausts_ El Nino Famines and the Making of the Third World*. London:Verso. 2001.

Dave SS et al. Male circumcision in Britain: findings from a national probability sample survey. *Sex Transm Infect*, 2003; 79(6):499–500.

Decol RD. *Imigrações urbanas para o Brasil: o caso dos judeus* [tese]. Campinas: Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas; 1999.

Demant P. O mundo muçulmano. São Paulo: Contexto, 2004.

Demirdover C et al. B. Sahin, H. Vayvada, and H. Y. Oztan, “Keloid formation after circumcision and its treatment,” *Journal of Pediatric Urology*.2013;9(1):e54–e56, 2013.

Dias, N. X. (2018). O campo científico da saúde global na América Latina: um estudo crítico sobre um campo polissêmico (2007 - 2019) [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2018.

Deng F, Macnamara F. International and National Responses to the Plight of IDPs. *Forced Migration Review*. 2001; 10: 24-27.

Desrosiers I. Haiti: da desigualdade social às desigualdades socioespaciais na metrópole de Porto Príncipe [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 2020.

Dick B, Simmonds S. Refugee health care: Similiar but diferente. *Disasters*. , 1983; 7(4): 291-303.

Dick B; Simmonds S Primary health care with Refugees: Between the ideia and the reality. *Tropical Doctor*. 1985;15: 2-7.

Dieleman, JL et al. Development assistance for health: past trends, associations, and the future of international financial flows for health. *The Lancet*. 2016; 387: 2536–2544.. doi:10.1016/s0140-6736(16)30168-4.

Dobell H. Lectures on the Germs and Vestiges of Disease, and on the Prevention of the Invasion and Fatality of Disease by Periodical Examinations. (1862). *The British and Foreign Medico-Chirurgical Review*. 1862; 30(60): 451–453. Acesso em 30 ago. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5180312/>

Donnangelo MCF. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975.

Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e Sociedade*. 2ª ed. São Paulo: Livraria Duas Fronteiras; 1976.

Doocy, S., Lyles, E., Robertson, T. *et al*. Prevalence and care-seeking for chronic diseases among Syrian refugees in Jordan. *BMC Public Health*; 2015; 15: 1097.

Drain PK, Halperin DT, Hughes JP, Klausner JD, Bailey RC. Male circumcision, religion, and infectious diseases: an ecologic analysis of 118 developing countries. *BMC Infect Dis*. 2006; 6:172.

Dualeh MW. Do Refugees belong in camps. *The Lancet*. Nov. 1995; 346: 1369-1370.

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C (editores). *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.

Dupuy JP, Karsenty S. A invasão farmacêutica. Rio de Janeiro: Graal; **1980**.

Editorial. The health of refugees. *Lancet* 1985; 1: 673-674.

Elias P. Sistema de Saúde no Brasil. 2011. [citado 4 nov.2018]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4517020/mod_resource/content/2/Artigo.pdf

Elliot KA et al. *Case 2011-2: EU, US v. Syrian Arab Republic. Case Studies in Economic Sanctions and Terrorism*. Peterson Institute for International Economics, jul. 2011. [citado 2 jun. 2020]. Disponível em: <https://piie.com/publications/papers/sanctions-syria-2011.pdf>

Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-americana. Bilbao, Espasa-Calpe, 1928 (verbete “transportes”).

Endrica GEA “Lei de Cotas” de 1934: controle de estrangeiros no Brasil. *Cad. AEL*. 2009; 15 (27): 173-209.

Erickson RV, Hoang GN. Health problems among Indochinese refugees. *Am J Public Health*. 1980;70(9):1003-1006.

Erlich R. Inside Syria: The Backstory of Their Civil War and What the World Can Expect (English Edition). 2014. eBook Kindle.

Ersoy N, Gungor Y, Akpınar A. International Sanitary Conferences from the Ottoman perspective (1851–1938). *Hygiea Internationalis An Interdisciplinary Journal for the History of Public Health*. 2011.p.53-79.

Escobar A. Decrecimiento, post-desarrollo y transiciones: una conversación preliminar. *Interdisciplina*. 2015; 3(7): 217-244.

European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Public%20health%20guidance%20on%20screening%20and%20vaccination%20of%20migrants%20in%20the%20EU%20EEA.pdf>

Faerstein E, Trajman A. Direito à saúde entre migrantes forçados: estado da arte. In: Anais do VIII Seminário Nacional Cátedra Sérgio Vieira de Mello [e-book] : a ampliação do conceito de refugiado e o consequente aumento de proteção / Liliana Lyra Jubilut, Camila Marques Gilberto e Tainan Henrique Siqueira (orgs). Santos (SP) : Editora Universitária Leopoldianum, 2017: 55-58.. Disponível em: <https://www.unisantos.br/wp-content/uploads/2017/10/anais2017.pdf>

Faerstein E, Trajman A. Forced migration and health. In: Parker R, Garcia J. Routledge Handbook on Politics of Global Health. London and New York: Taylor Group, 2018. p.359- 365

Faria LR. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*. 2002; 9 (3): 561-590.

Farmer P. An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*. 2004; 45(3): 305-325. [citado 20 jun. 2018]. Disponível em: <http://socanth.tu.ac.th/wp-content/uploads/2011/12/farmer1.pdf>

Farmer P. *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. 2nd ed., University of California Press; 2006.

Farmer P et al. Global health priorities for the Early twenty-first century. In: Farmer P et al. *Reimagining global health. An introduction*. University of California Press. 2013; Ebook Kindle.

Fassin D. Quand le corp fait loi: la raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers. *Sciences Sociales et Santé*. 2001; 19(4):5-34.

Fassin D. *Humanitarian reason. A moral history of the present*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press; 2012.

Feller E. UNHCR's role in IDP protection: opportunities and Challenges. *Forced Migration Review Special Issue*. 2006: 11-13.

Feo O. Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo “Atenção Primária de Salud em Debate”. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. 2012; 36(94): 353-354.

Fernandes D; Faria AV. O visto humanitário como resposta ao pedido de refúgio dos haitianos. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2017; 34(1):145-165.

Feuvre, P. (2001). How primary care services can incorporate refugee healthcare. *Medicine. Conflict and Survival*. 2001; 17 (2), 131-136

Figes O. *The Crimean War*. New York: Metropolitan Books; 2010.

Fortunato EM. *Integração de refugiados no Brasil: a construção de políticas públicas e a visão dos refugiados sírios* [dissertação]. São Paulo- Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de Letras Orientais. Programa de Pós-Graduação em estudos Judaicos e Árabes. 2019. 219p.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24 (1):17-27. [citado 15 mar 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>

Fortes PAC. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global / Reflecting on ethical values of global health. *Saúde Sociedade*. 2015;24[1]: 152-161.

Fortes PAC, Ribeiro H. Saúde Global em tempos de globalização. *Saúde Soc*. São Paulo, 2014, 23(2): 366-375.

Foucault M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud*. 1976; 10(2): 152-170.

Foucault M. *O Nascimento da Clínica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

Foucault M. Sobre a História da sexualidade. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 243 – 27.

Foucault M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Ed. Martins fontes, 2005.

Foucault M. *Seguridad, Territorio, Población*: Curso em el Collège de France: 1977. 1^a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006.

Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

Foucault M. Nascimento da Biopolítica_ Com Introdução de Bruno Mações. Editora: Edições 70. Ano: 2018. 439 p.

Fisk EL. Periodic Physical Examination – a National Need. *The Nations's Health*. 1921; 3: 286-289.

Fortes PAC. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. *Saúde Soc*. 2015; 24 (1):152-161, 2015.

Fortes PAC, Ribeiro H. Saúde Global em tempos de globalização. *Saúde Soc*. 2014; 23(2): 366-375.

Fowler N. Providing primary health care to immigrants and refugees: the North Hamilton experience. *CMAJ*. 1998 ;159(4):388-91.

François G, Hambach R, Van Sprundel M, Devillé W, Van HG. Inspecting asylum seekers upon entry—a medico—ethical complex. *Eur J Pub Health*. 2008;18:552–3.

Freund PJ, Kalumba K. Spontaneously settled refugees in Northwestern Province, Zambia. *Int Migrat Rev*. 1986; 20: 299-312.

Franco-Giraldo A. Salud global: una visión latino-americana. *Rev Panam Salud Publica*. 2016; 39(2): 128-136.

Freidenson M.A integração dos judeus em São Paulo. *Cadernos CERU*. 2006; 18: 179-195.

Gadeberg AK, Montgomery E, Frederiksen HW, Norredam M. Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: a systematic review of validated screening and measurement tools. *Eur J Public Health*. 2017;27(3):439-446.

Galina VF. A Saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos. *Interface- Comunicação Saúde Educação*. 2017; 21(61):297-308.

Galvão OJA. Globalização e mudanças na configuração espacial: da economia mundial uma visão panorâmica das últimas décadas. *R. Econ. Contemp.* 2007; 11(1): 61-97.

Gambeta WR. *Soldados da Saúde: a formação dos serviços de Saúde Pública em São Paulo (1889-1918)* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1988.

Garcia FF. A exceção é a regra: os centros de detenção para imigrantes na Itália. *REMHU - Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.* 2014; 43: 235-250.

Gates T. Screening for câncer: evaluating the evidence. *American Family Physician*. 2001; 63(3): 513-522.

Geertz C. *A Interpretação das Culturas*. 1a ed.(reimpr.). Rio de Janeiro: LTC; 2012.

Giami A, Perrey C, Mendonça ALO, Camargo KR. Hybrid forum or network? The social and political construction of an international ‘technical consultation’: Male circumcision and HIV prevention. *Global Public Health*. 2015; 10(5-6): 589–606, <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2014.998697>

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(5): 951-964.

Giovanella L et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1763-1776.

Gish O. Towards an appropriate health care technology. *Contact*. Special Series Number 1, April, 5-11. 1971.

Gish O. *Guidelines for health planners: the planning and management of health services in developing countries*. London; Tri-med books; 1977.

Grainger JD. Syria: An Outline History. UK, 2016.

Greene J, Basílico MT, Kim H, Farmer P. In: Farmer P, Kim JY, Kleinman A, Basílico M. *Reimagining Global Health*. University of California Press. 2013.

Goldberg A. Contextos de vulnerabilidade social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis em inmigrantes bolivianos que trabajan y viven em talleres textiles clandestinos de Buenos Aires; Instituto de Ciências Antropológicas. Sección Antropologia Social; *Cuadernos de Antropologia Social*. 2014; 39: 91-114.

Goldberg A, et al. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. *Interface: Comunicação Saúde Educação*. 2015; 19(53):229-241.

Goldberg A, Silveira C, Coviello DM (orgs). *Migração, Refúgio e Saúde*. Santos (SP): Editora Universitária Leopoldianum; 2018.

Gollaher DL. *Circumcision: A history of the world's most controversial surgery*. New York: Basic Books; 2000.

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CF. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.185-221.

Gonçalves PC. *Mercadores de Braços_ Riqueza e Acumulação na Organização da Emigração Européia para o Novo Mundo* [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 2008.

Gouveia N, Lieber RR, Augusto LGS. Os verdadeiros desafios da saúde global. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(4):1125-1126.

Ginzburg Cc. *O queijo e os vermes: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras; 2006.256p.

Ginzburg C. *Morelli, Freud e Sherlock Holmes_ Indícios e Método Científico*. Porto: Deriva Editores; 2013.

Gray JA. New concepts in screening. *Br J Gen Pract, England*, 2004;54(501):292-298.

Gray RH et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet*. 2007;369(9562):657-66.

Grbac P. Civitas, polis, and urbs: Reimagining the refugee camp as the city. *Refugee Studies Centre*. 2013; 96:1-35.

Grinberg K. O mundo árabe e as guerras árabe-israelenses. In: Reis Filho DA; Ferreira J, Zenha C (orgs). *cueto*, 2000. p. 97-132. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2206614&forceview=1>

Griswold KS. Refugee health and medical student training. *Fam Med*. 2003;35(9):649-54.

Griswold K, Kernan JB, Servoss TJ, Saad FG, Wagner CM, Zayas LE. Refugees and medical student training: results of a programme in primary care. *Med Educ*. 2006;40(7):697-703.

Haddad E. *The refugee in international Society: between sovereigns*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

Haddad B. *Business Networks in Syria*. Stanford: Stanford University Press, 2012.

Hasenbalg C. *Discriminação e desigualdades raciais no Brasil*. Belo Horizonte, Ed. UFMG, 2005.

Haesbaert R. Territórios em trânsito. In: Bordas MA(Org.). *Geografias em movimento*. São Paulo: Edições Sesc. 2013; 9: 65-81.

Hall M. Imigrantes na cidade de São Paulo. In: Porta P, organizadora. *História da cidade de São Paulo: A cidade na primeira metade do século XX*. São Paulo: Paz e Terra; 2004; 3: p.121-51.

Hall P. Refused asylum seekers and health care. *BMJ*. 2006; 333: 109-110.

Hall P. Health care for refused assylum seekers in UK. *The Lancet*. 2007; 370(9586): p. 466-467.

Han PKJ. Historical changes in the objectives of the periodic health examination. *Annals of Internal Medicine*. 1997; 126(10): 910-917.

Hamid SC. *(Des)integrando refugiados: os processos de reassentamento de palestinos no Brasil* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.

Hargreaves S, Carballo M, Friedland JS. Screening migrants for tuberculosis: where next? *Lancet Infect Dis*. 2009; 9:139–40.

Harrell-Bond BE. *Imposing aid; emergency assistance to refugees*. Oxford: Oxford University Press, 1986; 1-440.

Harris J, Holm S. Is there a moral obligation not to infect others? *BMJ*. 1995; 311:1215.

Haushofer L. The "contaminating agent" UNRRA, displaced persons, and venereal disease in Germany, 1945-1947. *Am J Public Health*. 2010;100(6):993–1003.

Haydu M. Refugiados angolanos em São Paulo: entre a integração e a segregação. *PUC-São Paulo. Ponto-e-Vírgula*. 2009; 5: 157-184. [citado 2 abr.2018]. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/pontoevirgula/article/view/14083>

Haydu M. *Refugiados congolese na cidade de São Paulo: processo migratório e itinerários terapêuticos* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2017.

Heide L. The Refugee Health Unit of the Somali Ministry of Health _ A History of an Extraordinarily Successful Somali Programme. In: Labahn T. Proceedings of Second International Congress of Somali Studies. University of Hamburg. August 1-6, 1983, p, 131-141. Disponível em: https://arcadia.sba.uniroma3.it/bitstream/2307/2862/1/08_L.HEIDE%20-%20The%20Refugee%20Health%20Unit%20of%20the%20Somali%20Ministry%20of%20Health%20%28...%29.pdf

Hirani, K, Payne, D, Mutch, R, & Cherian, S. Health of adolescent refugees resettling in high-income countries. *Archives of Disease in Childhood*. 2015; 101 (7), 670-676.

Hong MK, Varghese RE, Jindal C, Efrid JT. Refugee Policy Implications of U.S. Immigration Medical Screenings: A New Era of Inadmissibility on Health-Related Grounds. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Sep 24;14(10):1107. doi: 10.3390/ijerph14101107. PMID: 28946650; PMCID: PMC5664608.

Hamrell S. Refugee Problems in Africa. Uppsala, Scandinavian Institute of African Studies, 1967. 123p.

Hansen A., “*Managing Refugees: Zambia's Response to Angolan Refugees 1966-1977*”, *Disasters* 1979,3(4): 375-380.

Helleiner GK. Markets, politics and globalization: can the global economy be civilized?, *The Tenth Raúl Prebisch Lecture*. 2000.

Hinnebusch R. Syria: Revolution From Above (The Contemporary Middle East) (English Edition) 1ª Edição; 2001. eBook Kindle

Hinnebusch R. Globalization and Generational Change: Syrian Foreign Policy between Regional Conflict and European Partnership. In: Nonneman G (edit). *Analyzing Middle East Foreign Policies and the Relationship with Europe*, London and New York: Routledge; 2005.p.81-100.

Hinnebusch R. The US Invasion of Iraq: explanations and implications. *Critique: Critical Middle Eastern Studies*. 2007;16(3):209–228.

Hinnebusch R. Syrian foreign policy under Bashar al-Asad. *Ortadoğu Etütleri*. 2009; 1(1): 7-26.

Hobsbawm EJ. *Era das Revoluções_1789-1848*. Rio de Janeiro: Editora Paz Terra. 1977.

Hobsbawm E. *Era dos Extremos _ O Breve Século XX _1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.

Hobsbawm EJ. *A Era dos Impérios_ 1875-1914*. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra. 23ª edição. 2017.

Hochman G. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

Hokayem E. *Syria's Uprising and the Fracturing of the Levant*. (Adelphi Series). Abingdon: Routledge; 2013. Ebook.

Hollifield J. Migration and the "New" International Order: The Missing Regime. In: GHOSH, B. (ed.). *Managing Migration: Time for a New International Regime?* Oxford: Oxford University; 2000.

Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J, Stevenson J, Westermeyer J. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA*. 2002;288(5):611-21.

Hollifield M, et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(2):202-9.

Hourani A. Uma história dos povos árabes. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

Horani A. O pensamento Árabe na era Liberal 1798-1939. São Paulo: Companhia das Letras. 2005.

Horlings A, Hein I. Psychiatric screening and interventions for minor refugees in Europe: an overview of approaches and tools. *Eur J Pediatr*. 2018;177(2):163-169.

Holt J. Camps as Communities. *Disasters*. 1981; 5:196-204.

Huber V. The Unification of the Globe by Disease? The International Sanitary Conferences on Cholera, 1851-1894. *The Historical Journal*, 2006; 49(2), 453-476.

Hung YC, Chang DC, Westfal ML, Marks IH, Masiakos PT, Kelleher CM. A Longitudinal Population Analysis of Cumulative Risks of Circumcision. *J Surg Res*. 2019; 233: 111-7.

Hutter, L. M. (1987). Imigração italiana: aspectos gerais do processo imigratório. *Revista Do Instituto De Estudos Brasileiros*,. 1987; 27: 59-73. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-901X.v0i27p59-73>

Hvass AMF, Wejse C. Systematic health screening of refugees after resettlement in recipient countries: a scoping review. *Ann Hum Biol*. 2017;44(5):475-483.

Hyndman J. *Managing displacement: refugees and politics of humanitarianism*. University of Minnesota Press; 2000.

Inhorn M, Patrizio P. *Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive Technologies and global movements in the 21 st century*. Human Reproduction Update. 2015; 21(4): 411-426.

Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

Ismail S. Changing social structure, shifting alliances and authoritarianism in Syrian. In: Lawson F (org.). *Desmistifying Syria*. Beirute: Saqi-London Middle East Institute. 2009. P13-28. Ebook

Istúriz OF. Avanzando hacia la nueva APS: Cuidado integral de la salud con la participación de todas y todos. In Giovanella L, organizador. *Atención primaria de salud en Suramérica*. Rio de Janeiro: Isags, Unasur; 2015.

Jahn A. Screening -- the Trojan horse in preventive medicine?. *Trop Med Int Health*. 2002;7(4):295-297.

Janmyr M. Attributing Wrongful Conduct of Implementing Partners to UNHCR: International Responsibility and Human Rights Violations in Refugee Camps. *Journal of International Humanitarian Legal Studies*. 2014, (5): 42-69.

Jardim DF. Imigrantes ou refugiados? As tecnologias de governamentalidade e o êxodo palestino rumo ao Brasil no século XX. *Horizontes Antropológicos*. 2016; 22(46): 243-271.

Jayanthi VR, Burns JE, Koff SA, "Postneonatal circumcision with local anesthesia: a cost-effective alternative," *The Journal of Urology*. 1999; 161(4):1301–1303.

Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Refugee Medicine_ The need for new approaches. *The Sciences*. January 1981; 14-19.

Jessy G, et al. Knowledge, Attitudes, Practices and Beliefs about Medical Male Circumcision (MMC) among a Sample of Health Care Providers in Haiti. *PLoS ONE*; 2015;10(8): e0134667. doi:10.1371/journal.pone.0134667

Joffé G. A Primavera Árabe no Norte de África: origens e perspectivas de futuro. *Relações Internacionais (R:I)*. 2011; 30: 85-116.

Johnson MJ, Evans DG, Mohamed Z, Caress AL. The development and evaluation of alternative communication strategies to facilitate interactions with Somali refugees in primary care: a preliminary study. *Inform Prim Care*. 2006;14(3):183-9. doi: 10.14236/jhi.v14i3.629. PMID: 17288704.

Jones D, Gill PS. Refugees and primary care: tackling the inequalities. *BMJ*. 1998 21; 317(7170):1444-6. doi: 10.1136/bmj.317.7170.1444. PMID: 9822406; PMCID: PMC1114300.

Jubilut LL. *O Direito Internacional dos Refugiados e sua aplicação no ordenamento jurídico brasileiro*. 2003. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003. [citado 28 jan 2016]. Disponível em: <http://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/O-Direito-Internacional-dos-Refugiados-e-sua-Aplica%C3%A7%C3%A3o-no-Ordenamento-Jur%C3%ADdico-Brasileiro.pdf>

Jubilut LL. Refugee Law and Protection in Brazil: a model in South America? *Journal of Refugees Studies*. 2006; 19(1): 22-44.

Jubilut LL. *O Direito Internacional dos refugiados e sua aplicação no orçamento jurídico brasileiro*. São Paulo: Método; 2007.

Jubilut LL. *O procedimento de concessão de refúgio no Brasil*. 2014. 240p. [citado 28 jan 2018]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/estrangeiros/o-procedimento-refugio-no-brasil.pdf>

Jubilut LL, Madureira AL. Os desafios de proteção aos refugiados no marco de Cartagena +30. In: Dossiê: Migrações Forçadas. REMHU_ *Rev. Interdiscip. Mob. Hum.* Brasília, Ano XXII. jul/dez. 2014; 43: 11-33. [citado 12 mai. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v22n43/v22n43a02.pdf>

Kaicher DC, Swan KG. A cut above: circumcision as an ancient status symbol. *Urology*. 2010; 76(1):18-20.

Kaltenbach E, Härdtner E, Hermenau K, Schauer M, Elbert T. Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: the Refugee Health Screener. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup2):1389205. doi: 10.1080/20008198.2017.1389205.

Kennedy J, Seymour DJ, Hummel BJ. A comprehensive refugee health screening program. *Public Health Rep*. 1999 Sep-Oct;114(5):469-77.

Kerouedan D. *Geopolitique de la santé mondiale*. Leçon inaugurale prononcée le jeudi 14 février 2013. Éditeur: Collège de France. Leu d'édition: Paris; 2013. Ebook

Kerouedan D. Segurança ou insegurança da saúde mundial na África? Mais saúde parcial do que saúde global. *Lua Nova*. 2016; 98: 47-76.

Khan AS. The New Geography of Political Refugees, World Refugee Report_ Annual Survey Issue _ 1966-67. Washington, DC: US Committee for Refugees, 1967, p:11-14. Acesso em 27 mai. 2020. Disponível em: <https://refugees.org/wp-content/uploads/2019/02/World-Refugee-Survey-1966-67.pdf>

Kherallah M, et al. Health care in Syria before and during the crisis. *Avicenna J Med*. 2012; 2: 51-3.

Khoury JM. *Pelos Caminhos de São Paulo: a Trajetória dos Sírios e Libaneses na Cidade* [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Estudos Judaicos e Árabes do Departamento de Letras Orientais da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, da Universidade de São Paulo; 2013. 281p.

Khoury PS, Syria and the French Mandate, The Politics of Arab Nationalism 1920-1945, New Jersey; 1987.

Kickbusch I. Health Literacy: engaging in a political debate. *Int J Public Health*. 2009;54: 131-132.

Knauth D, Machado p. “Corrigir, prevenir, fazer corpo”: a circuncisão masculina como estratégia de prevenção do HIV/AIDS e as intervenções cirúrgicas em crianças intersex. *Sex. Salud Soc*. 2013; (14): 789-799.

Knobloch F. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicologia/USP*. 2015; 26 (2): 169-174. [citado 10 mar. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v26n2/0103-6564-pusp-26-02-00169.pdf>

Kolassa IT, Ertl V, Eckart C, Kolassa S, Onyut LP, Elbert T. Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychol Trauma*. 2010; 2(3):169-74.

Koplan JP et al. Towards a common definition of global health. *The Lancet*. 2009; 373: 1993-1995.

Korkes F, Silva JL, Pompeo AC. Circumcisions for medical reasons in the Brazilian public health system: epidemiology and trends. *Einstein (São Paulo)*. 2012;10(3):342-6.

Kroeger EK. Disaster management in tropical countries. *Trop Doct*. 1976;6(4):147-151.

Labonte R, Mohindra K, Schrecker T. The Growing Impact of Globalization for Health and Public Health Practice. *Annu. Rev. Public Health*. 2011; 32:263–83.

Lacerda e Silva T, et al. Occupational health in primary care: perceptions and practices in family health teams. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(49): 273-288.

Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Minister of Supply and Services Canada. 1974. Retrieved from Public Health Agency of Canada website: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Laude A, Mathieu B, Tabuteau D. *Droit de la santé*. Paris: PUF. 2007.

Laumann EO et al. Circumcision in the United States. Prevalence, prophylactic effects, and sexual practice. *JAMA*. 1997;277(13): 1052-7.

Lee K. Shaping the future of global health cooperation: where can we go from here? *The Lancet*. 1998; 351: 899-902.

Lesser J. *O Brasil e a questão judaica: imigração, diplomacia e preconceito*. Rio de Janeiro: Imago Ed.; 1995.

Lewis B. *O Oriente Médio: Do advento do cristianismo aos dias de hoje*. Tradução: Ruy Jungmann. – Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar; 1996.

Lock M, Nguyen V. *Na antropology of beiomedicine*. 2010. Ebook Kindle.

Loescher G. UNHCR and the erosion of refugee protection. *Forced Migration Review*. N.10.abr. 2001a. [citado 8 set. 2018]. Disponível em;

<http://www.fmreview.org/sites/fmr/files/FMRdownloads/en/unhcr-convention-50/loescher.pdf>

Loescher G. The UNHCR and World Politics: State Interests vs. Institutional Autonomy. *The International Migration Review*, 2001b, 35(1), 33-56. Retrieved January 15, 2020, from www.jstor.org/stable/2676050

Loescher G. *The UNHCR and World Politics: A Perilous Path*. Oxford: Oxford University Press, 2001c. Formato: eBook.

Loescher G, Betts A, Milner J (eds). *The United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR): The Politics and Practice of Refugee Protection into the Twenty-first Century*. New York, NY: Routledge, 2008.

Loescher G, Milner J. Protracted refugee situations and state and regional insecurity. *Conflict Security and Development*, 2004; 4(1):3-20

Lopes I T. Intérprete ou mediador? da colonização à globalização. *Polissema-Revista de Letras da ISCAP*. 2011; 11: 71-90.

Lord RM. White Plague, Black Labor: Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa / Randall M. Packard. 1989. *Comparative Studies of Health Systems and Medical Care*; Volume 23.

Lowth M. Australia and the Nauru files: doctors fighting for the human rights of asylum seekers. *Br J Gen Pract*. 2017;67(663):465-466.

Löwy I. *Mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Lima JBB, Munõz FPF, Nazareno LA, Amaral N. *Refúgio no Brasil: Caracterização dos perfis sociodemográficos dos refugiados (1998-2014)*. Brasília: Ipea; 2017.

Litsios S. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. *Int J Health Serv*. 2002; 32:709–32.

Litsios S. Revisiting Bandoeng. *Social Medicine*. 2014; 8(3):113-128.

Litsios S. Selskar Gunn and Paul Russel of the Rockefeller Foundation: a contrast in styles. In: Page BB, Valone DA (eds). *Philantrropic Foundations and the Globalization of Scientific Medicine and Public Health*. Lanham, MD: University Press of America; 2007.

Livinec B, Kerouedan D. 2015. Philanthrocapitalisme et santé, une générosité au service de la géopolitique néolibérale?. *Les Convivialistes*. [citado 11 ago 2019]. Disponível em: <http://convivialisme.org/archive/debats/82-philanthrocapitalisme-en-sante-une-generosite-au-service-de-la-geopolitique-neoliberale-par-bertrand-livinec-et-dominique-kerou>

Löwy I. Mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

Lucena GG. A geopolítica da Guerra Síria e suas implicações para o Brasil [dissertação]. Brasília: Departamento de Geografia da Universidade de Brasília, 2017.

Luz MT. *Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

Lyons M. *The Colonial Disease: A Social History of Sleeping in Northern Zaire, 1900-1940*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. ==M Não tenho

MacAskill U. Health care for Refugees in northeast. Somalia. *Disasters*. 1982; 6: 84-89.

Machin R, Oliva-Augusta MH, Mendosa D. Cross-border reproduction Market in Angola and Brazil. Papeles del CEIC, *International Journal on Collective Identity Research*. 2018; 2: 1-22. [citado 2 set. 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6550962>

Madi MC, Cassanti AC, Silveira C. *Estudo das representações sociais sobre gestação em mulheres bolivianas no contexto da atenção básica em saúde na área central da cidade de São Paulo*. Saúde e Sociedade. 2009; 18 (supl.2):67-71.

Madroñal ÁC. Froteiras à Humanidade: o nosso Mediterrâneo comum construído como limite dos Direitos Humanos na EU. In: p: Santos BS, Martins BS. *O Pluriverso dos Direitos Humanos_ A Diversidade das Lutas pela Dignidade*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2019. p: 507-529.

Mahler HT, “Social Perspectives in Health: Address in Presenting His Report for 1975 to the Twenty-Ninth World Health Assembly, Geneva, 4 May 1976,” 1, Mahler Speeches/Lectures, Box 1, WHO Library.

Mahmood K et al. “Circumcision trends in Pakistan,” *Journal of University Medical and Dental College*. 2015; 1:17–21.

Malkky L. Refugees and Exile: From Refugees Studies to the National Order of Things. *Annual Review of Anthropology*. 1995; 24: 495-523.

Malkki L. Speechless Emissaries: Refugees, Humanitarianism, and Dehistoricization. In: *Cultural Anthropology*. 1996; 11(3):377-404.

Mandalakas AM, Menzies D Is screening immigrants for latent tuberculosis cost-effective?. *The Lancet*. 2011; 11: 418-419.

Marques MCC. Informação e disciplina: a Coletânea de Educação Sanitária do estado de São Paulo, Brasil (1939-1952). *Interface_ Comunicação, Saúde e Educação*. 2017; 21(61): 397-410.

Marques MCC, Afonso FC, Silveira C. A Atenção à saúde do imigrante no contexto histórico da saúde pública em São Paulo. In: Mota A, Marinho GSMC (orgs). *Saúde e História de Migrantes e Imigrantes. Direitos, Instituições e Circularidade*. 2014.p.73-89.

Marshall GN, Schell TL, Elliott MN, Berthold SM, Chun CA. Mental health of cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA*. 2005; 294(5):571-9.

Martins- Borges L. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. *REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum*. 2013; 21(40): 151-162.

Massoulié F. *Os conflitos do Oriente Médio*. São Paulo: Editora Ática; 1994.

Mastromauro GC. *Surtos epidêmicos, teoria miasmática e teoria bacteriológica: instrumentos de intervenção nos comportamentos dos habitantes da cidade do século XIX e início do XX*. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH. São Paulo, julho 2011. [citado 15 ago.2018]. Disponível:http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300472386_ARQUIVO_Mastromauro.pdf

McGarry O, Hannigan A, Manuela De Almeida M, Severoni S, Puthoopparambil SJ, MacFarlane A. *What strategies to address communication barriers for refugees and migrants in health care settings have been implemented and evaluated across the WHO European Region?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 62).

McHugo J. *Syria- From the Great War to Civil War*. 1ª ed. Saqi Books: London; 2014. ebook

McKie L. The art of surveillance of reasonable prevention? The case of cervical cancer screening, *Sociology of Health and Illness*. London. 1995; 17: 441-457.

Mears C, Chowdhury S (editores) *Health Care for Refugees and Displaced People*. UK; Ireland: Oxfam GB, first edition, 1994.122p. Acesso em 31 ago. 2020. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/j.ctt1hj58p1>

Mendes AA, Brasil DR. A Nova Lei de Migração Brasileira e sua Regulamentação da Concessão de Vistos aos Migrantes. Sequência (Florianópolis). 2020; 84: 64-88.

Mendes-Gonçalves RB. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo; 1979.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: *Cadernos CEFOR* 1, série textos; 1992.

Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco; 1994

Mendes-Gonçalves RB, Schraiber LB, Nemes MIB. Seis teses sobre a Ação Programática em Saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.37-63.

Mershed M, Busse R, van Ginneken E. Healthcare financing in Syria: satisfaction with the current system and the role of national health insurance--a qualitative study of householders' views. *Int J Health Plann Manage*. 2012 Apr-Jun;27(2):167-79.

Messac L, Prabhu K. Redefining the possible: the global AIDS response. In: Farmer et al (ed). *Reimagining Global Health: an introduction*. Berkeley: University of California Press; 2013.

Miedema B, Hamilton R, Easley J. Climbing the walls: Structural barriers to accessing primary care for refugee newcomers in Canada. *Can Fam Physician*. 2008;54(3):335-339.

Miller KE, Rasco LM. *The mental health of refugees: ecological approaches to healing and adaptation*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2004.

Ministério da Saúde da Finlândia. Ministério de Assuntos Sociais e Saúde da Finlândia. Guide for parents about non-medical male circumcision). (citado 24 fev. 2021). Disponível em: <https://thl.fi/en/web/migration-and-cultural-diversity/immigrants-health-and-wellbeing/sexual-and-reproductive-health-of-immigrants/non-medical-male-circumcision>.

Mooney E. The Concept of Internal Displacement and the Case for Internally Displaced Persons as a Category of Concern. *Refugee Studies Quarterly*. 2005; 24(3):9-26.

Moreira JB. *A problemática dos refugiados no mundo: evolução do pós-guerra aos dias atuais* [dissertação]. Campinas: PUC. 2006a. [citado 28 jan 2016]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/abep2006_909.pdf

Moreira JM. A questão dos refugiados no contexto internacional (de 1943 aos dias atuais). 2006. Dissertação [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais da Unesp, Universidade Estadual Paulista., Unicamp e PUC-SP, São Paulo, 2006.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9a ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cadernos de Saúde Pública*. 1993; 9(3): 239-262. [citado 25 jan. 2016]. Disponível em: http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/quantitativo_qualitativo_oposicao_ou_complementariedade.pdf

Mohammad D. Opening the debate on sectarianism in Syria. Open Democracy, 24 set. 2014. [citado 2 abr. 2019]. Disponível em: <https://www.opendemocracy.net/en/north-africa-west-asia/opening-debate-on-sectarianism-in-syria/>

Mohammed Y. O nacionalismo árabe e o partido baath: uma análise da política externa da síria da ascensão de Hafez al-Assad (1970-2000) à presidência de Bashar al-Assad (2000-2010)[dissertação]. Porto Alegre: Programa de PósGraduação em Estudos Estratégicos Internacionais da Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS. 2016.

Moraes ALZ. *Crimigração: a relação entre política migratória e política criminal no Brasil* [tese] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais. 2016. [citado 10 set.2020]. Disponível em: <http://uab.capes.gov.br/images/stories/download/pct/2016/Mencoes-Honrosas/Direito-Ana-Moraes.PDF>

Morse R. *Formação histórica de São Paulo (da comunidade à Metrópole)*. São Paulo: Difusão Europeia do Livro; 1970.

Mortari P. A história das migrações internacionais no Brasil e em São Paulo a história das migrações no Brasil e no Estado de São Paulo contada a partir dos censos demográficos brasileiros (1872-2010). In: Silva CRS, Magalhães PM, Mortari P, Baeninger R.(orgs). *Emergências Epidemiológicas e Mobilidade Humana*. Atualização Pedagógica. Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza. 2020. 214p.

Mota A. *Quem é bom já nasce feito. Sanitarismo e Eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. DP&A, 2003.

Mota A. *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892- 1920*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2005.

Mota, A. Quem tem medo da eugenia? Permanências discursivas de uma prática inacabada. In: Monteiro YN, Carneiro MLT (org.). *As doenças e os medos sociais*. São Paulo: Fap-Unifesp; 2012. p. 219 -249.

Mota A. *Tempos Cruzados: raízes históricas da Saúde Coletiva no estado de São Paulo – 1920- 1980* [tese_ livre-docência]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo_ Programa de Medicina Preventiva. 2017.

Mota A. *Tempos cruzados: a saúde coletiva no estado de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; 2019.

Mota A (org). Sobre pandemias: experiências, tempos e reflexões. São Paulo: Hucitec; 2021.

Mota A, Schraiber LB. Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista em 1930. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro. 2009a; 16(2): 345:60.

Mota A, Schraiber LB (orgs). *Infância e Saúde – perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec; 2009b.

Mota A, Schraiber LB. Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saúde e Sociedade*. 2011; 20(4):834-52.

Mota A, Schraiber L. Institucionalização da saúde pública paulista nos anos 1930-1940. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2013; 47(5): 839-845. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004887>

Mota A, Schraiber LB. Medicina sob lentes da História: reflexões teórico-metodológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(4): 1085-1094. [citado 05 jan. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01085.pdf>

Moulin C. Os direitos humanos dos humanos sem direitos- refugiados e a política do protesto. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2011; 26(76):145- 226.

Moulin C. A política internacional da mobilidade: governamentalidade global e a produção da diferença no discurso disciplinar contemporâneo. In Silva SA. (org.). *Migrações e a Pan-Amazônia: fluxos, fronteiras e processos sociais*. São Paulo: Hucitec/FAPEAM; 2012, p. 275-288.

Moulin C. *Protection and vulnerability in urban contexts: the case of refugees in Rio de Janeiro*. *Humanitarian Action in Situations Other than War (HASOW)*, 2013. [citado 29 mar. 2017]. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/brazil/protection-and-vulnerability-urban-contexts-case-refugees-rio-de-janeiro>

Mukherjee JS et al. A practical approach to universal health coverage. *The Lancet*. 2019; 7(4): e410:e411. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30879502>

Mussa SH. *Refugee camps in Somalia: the training of Community health workers*. Dissertation submitted for the MSc CHDC, London School of Hygiene and Tropical Medicine. 1982.

Nascimento SUCN. *Circuncisão na Torah: História, Religião e Saúde* [dissertação]. Salvador: Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. 2013.

Nasser R. Turbulências no Mundo Árabe: Rumo a uma nova ordem? *Revista Tempo do Mundo*. 2011; 3(2), 141-170.

National Health System. (NHS) entitlements: migrant health guide. Advice and guidance for healthcare practitioners on the health needs of migrant patients. Disponível em: <https://www.gov.uk/guidance/nhs-entitlements-migrant-health-guide#free-for-all>

Navarro V. A critique of the ideological and political positions of the willy brandt report and the WHO Alma Ata declaration. *Sot. Sci. Med.* 1994; 18(6): 467-474.

Nemes MIB. Ação Programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de Programação. In: Schraiber L, organizadora. *Programação em Saúde hoje*. São Paulo: Hucitec; 1990. p.65-115.

Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.48-65.

Newell K. *Health by the People*, pp. 192-202. WHO, Geneva, 1975. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40514>

Nguyen VK. The republic of therapy: triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS. 2010. Ebook Kindle.

Nimer NA. A review on emerging and reemerging of infectious diseases in Jordan: aftermath of syruan crises. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*. 2018; ID 8679174 | <https://doi.org/10.1155/2018/8679174>

Noji EK, Toole MJ. The historical Development of Public Health Response to Disasters. *Disasters*. 1997; 21(4): 366-376.

Nogueira MBB. A proteção dos deslocados internos na sociedade internacional: evolução conceitual e normativa. *Revista da Faculdade de Direito da UFRGS*. 2014; 32: 67:91.

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização e saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 44-57.

Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública*. 2013. 29 (5): 847:849.

Noronha JC, Castro L. O sistema de saúde brasileiro: rumo à universalidade ou à segmentação? In: Castro JA, Pochmann M (orgs). *Brasil: Estado social contra a barbárie*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2020, p: 445-468.

Nunes J, Pimenta DN.. A epidemia de zika e os limites da saúde global. *Lua Nova*. 2016; 98: 21-46.

Núñez RT, Lorenzo IV, Navarrete MLV. Coordination among healthcare levels: systematization of tools and measures. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*. 2006; 20(6):485-495.

O'Sullivan J, O'Sullivan G, Ebrahim A. Primary health care in Ubon refugee camp. *British Medical Journal*.1980. p. 779- 781.

Oliveira AC. Uma questão de identidade! Migrações e pertencimento na dinâmica do mundo globalizado. *Revista USP*. 2017; (114): 91-108.

Oliveira ATR. Nova lei brasileira de migração: avanços, desafios e ameaças. *R. bras. Est. Pop.* 2017; 34(1): 171-179.

Oliveira RG. Sentidos das Doenças Negligenciadas na agenda da Saúde Global: o lugar de populações e territórios. *Ciência & Saúde Coletiva*.2018; 23(7):2291-2302.

Orchard P. *A right to flee: refugees, states, and the construction of international cooperation*. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. ebook.

Organização de Unidades Africanas (OUA). *Convenção da Organização de Unidade Africana (OUA) que rege aspectos específicos dos problemas de refugiados na África*. 1969. [citado 10 jan 2018]. Disponível em: http://www.refugiados.net/cid_virtual_bkup/asilo2/2couaapr.html

Organização Internacional do Trabalho (OIT). *Employment, growth and basic needs a one-world problem: the international "basic-needs strategy" against chronic poverty*. Nova Iorque, Londres: Praeger Publishers/Overseas Development Council/ILO; 1976.

Organização Internacional para Migrações (OIM). *America's Vital interest in Global Health: protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests*. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press. 1997

Organização Internacional para Migrações (OIM). *World Migration Report 2019*. International Organization for Migration; 2020.

Organização Internacional para Migrações (OIM). *Tendencias Migratorias en las Américas: República Bolivariana de Venezuela*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). 2019.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS; 1978. Disponível em <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>

Organização Mundial da Saúde (OMS). World Health Organization (WHO). *World Health Report 2013: Research for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2013/report/en/>

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers A report by Uta Lehmann and David Sanders School of Public Health University of the Western Cape*. 2007. 42 p. Disponível em: <https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2013/07/Community-Health-Workers-What-do-we-know-about-them.pdf>

Organização Mundial da Saúde (OMS). Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). *Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability*. In: UNAIDS W, editors. WHO. London: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2007.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Community health workers: what do we know about them?* World Health Organization. 2007b.
Organização Mundial da Saúde (OMS). *World Health Organization and JHPIEGO, Manual for Early Infant Male Circumcision under Local Anaesthesia*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2010x.

Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração política sobre HIV/AIDS: intensificando nossos esforços para eliminar o HIV/AIDS. Assembleia Geral Sexagésima quinta sessão A/RES/65/277, 2011[citado 24 fev. 2021]. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Declara%C3%A7%C3%A3o-Pol%C3%ADtica-sobre-HIV-VIH-AIDS-SIDA-2011-PORTUGU%C3%8AS.pdf>

Organização Mundial da Saúde (OMS). Migration and health: key issues. World Health Organization. 2016. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/healthdeterminants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Voluntary medical male circumcision for HIV. 2018. (citado em 15 fev. 2021). Disponível em: www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/fact_sheet/en/

Organização Mundial da Saúde (OMS). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region No PUBLIC HEALTH without Refugee and Migrant Health. 2018, 114p. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/publications/html/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018/en/index.html>

Organização Mundial da Saúde (OMS). Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics. Recommendations and key considerations. 2020. [citado em 15 fev. 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-000854-0>

Osinibi E, Smith T, Henderson A. A primary care update to circumcision. *InnovAiT*. 2020;13(3):173-178. doi:10.1177/1755738019891189

Ovitt N, Larrison CR, Nackerud L. Refugees' responses to mental health screening - A resettlement initiative. *International Social Work*. 2003;46(2):235-250.

Ozdemir E. Significantly increased complication risks with mass circumcisions. *Br J Urol*. 1997; 80(1):136-139.

Packard RM, Brown PJ. Rethinking health, development and malaria: historicizing a cultural model in international health. *Medical anthropology*, 1997; 17: 181-94.

Packard RM. The making of a tropical disease: a short history of malaria. Baltimore: John Hopkins University Press. 2007

Packard RM. *A History of Global Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2016 ebook.

Pagotto BF. *A saúde pública como tema de segurança internacional: o caso das negociações do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005)* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016. 65p.

Pagotto BF. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) na agenda de cooperação em saúde do Mercosul e a emergência do vírus zika. 2018

Paim JS. *La Salud Colectiva y los desafios de la practica*. In: *La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate*. Public. Científica nº 540. WASHINGTON DC:OPS, 1992. [citado 15 jul. 2016]. Disponível em: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-006.pdf>

Paim JS. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface-Comunic, Saúde, Educação*. 2001; 5(9):143-6. [citado 20 set. 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a04v36n94.pdf>

Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2007

Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 69-149.

Paim JS. Medicina comunitária. Introducción a un análisis crítico. *Salud Colectiva*, Buenos Aires 2009; 5(1):121-126.

Paim JS. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde em Debate*. 2012; 36(94): 343-347.

Paim JS. O futuro do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, abr. 2012a, p. 612-613.

Paim JS. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde em Debate*. 2012b; 36(94): 343-347.

Paiva OC, Moura S. *Breve história da Hospedaria do Imigrante e da imigração para São Paulo*. Série Resumos 7. São Paulo: Memorial do Imigrante/Museu da Imigração; v.1, 2000.

Paiva OC, Moura S. *Hospedaria de Imigrantes de São Paulo*. São Paulo: Paz e Terra; 2008.

Pali SQ. Etnicidad y classe: la minoria dominante alawi mninoría em Siria. *Estudios de Asia y Africa*. vol XVI, nº 4; 1981. p. 579-627.

Palit V, Menebhi DK, Taylor I, Young M, Elmasry Y, Shah T. “A unique service in UK delivering Plastibell circumcision: review of 9-year results,” *Pediatric Surgery International*. 2007; 23 (1): 45–48.

Palmer S. *Gênese da saúde global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

Parker R. Grassroots Activism, Civil Society Mobilization, and the Politics of the Global HIV/ AIDS Epidemic. *The Brown Journal of World Affairs*. 2011; 17(2): 21-37.

Parker R. Estigma, preconceito e discriminação na saúde pública global. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(1):164-169.

Parker R. A reinvenção da prevenção no século XXI: o poder do passado para reinventar o futuro. *Boletim ABIA*. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. 2016; 61: 13-20.

Parker R, Garcia J (editores). *Routledge Handbook on the politics of global health*. London, New York: Routledge; 2011.

Parker RG, Perez-Brumer A, Garcia J, Gavigan K, Ramirez A, Milnor J, Terto V Jr. Prevention literacy: community-based advocacy for access and ownership of the HIV prevention toolkit. *J Int AIDS Soc*. 2016 ;19(1):21092. doi: 10.7448/IAS.19.1.21092.

Parker R, Sommer M (editores). *Routledge Handbook of global public health*. London, New York: Routledge; 2011

Paterson G. The CMC Story_1968-1998. Contact. Nº 161/161. 1998. [citado 6 out. 2019]. Disponível em https://www.oikoumene.org/sites/default/files/File/con-161-162_p2-18.pdf

Paul J. Medicine and imperialism in Marroco. MERIP Reports. 1977, 60: p.3-12.

Pedersen D, Kienzler H. Mental health and illness in conflict areas. *Glob Ment Health*. 2013; 32:307-15.

Pereira JMM. *O Banco Mundial como ator político e financeiro (1944-2008)*. [tese] Niterói: Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de História, 2009.

Perrotti E, Pieruccini I. A Mediação Cultural como categoria autônoma. *Inf. Inf.* Londrina. 2014; 19 (2): 1-22.

Perthes V. Syrian in a period of change. *Adelphis Papers*. 2004; 44: 366, :366, 5-6, DOI: 10.1080/05679320412331340197

Pickwell SM. School health screening of Indochinese refugee children. *J Sch Health*. 1981;51(2):102-105.

Pires-Alves FA, Cueto M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017, 22(7), 2135-2144.

Pitterman S. A comparative survey of two decades of international assistance to refugees in Africa. *Africa Today*. 1984; 31: 25-54.

Porter D. *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times* (English Edition) [eBook Kindle]; 1994.

Posner, T. Ethical Issues and the Individual Woman in Cancer Screening Programmes. *Journal of Advances in Health Care*. 1993; 2 (3): 55–70.

Pottie K et al. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and Refugees. *CMAJ*. 2011; 183 (12) E824-E925.

Pottie K, Hostland S. Health advocacy for refugees: Medical student primer for competence in cultural matters and global health. *Can Fam Physician*. 2007;53(11):1923-6.

Pinto, PGHR. Ritual, etnicidade e identidade religiosa nas comunidades muçulmanas no Brasil. *Revista USP*. 2005; 67:228-250.

Puccini PT. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2008; 24(12):2755-2766.

Pussetti, C. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade*. 2010; 19(1):94-113. [citado 15 mar. 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/08.pdf>

Quataert D. O Império Otomano- das origens ao século XX. Lisboa: Edições 70; 2000.

Raja S H. *The Syrian Crises: past, present and future*. Babelcube; 2015. Ebook

Ramos AC. Asilo e refúgio: semelhanças, diferenças e perspectivas. In: Ramos AC, Rodrigues G, Almeida GA. (Org.). *60 anos de ACNUR: perspectivas de futuro*. São Paulo: Ed. CLA Cultural, 2011. p.15-44. [citado 29 abr. 2015]. Disponível em: http://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/60-anos-de-ACNUR_Perspectivas-de-futuro_ACNUR-USP-UNISANTOS-2011.pdf

Ramos AC, Rodrigues G, Almeida GA (orgs.). *60 anos de ACNUR: perspectivas de futuro*— São Paulo: Editora CL-A Cultural, 2011.

Ramos CFO. *A primavera Árabe no Egito e na Síria: Repercussões no conflito Israel-Palestino*. Lisboa. 2013.

Ramos MNP. Comunicação em Saúde e Interculturalidade – Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. 2012; 6(4) [www.reciis.iciet.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278.

Ravishankar N et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *The Lancet*. 2009; 373: 2113-2124.

Rennie S, Perry B, Corneli A, Chilungo A, Umar E. Perceptions of voluntary medical male circumcision among circumcising and non-circumcising communities in Malawi. *Global Public Health*. 2015;10(56):67991

Rhodes P, Nocon A. A problem of communication? Diabetes care among Bangladeshi people in Bradford. *Health and Social Care in the Community*. 2003;11:45–54.

Ribeiro FA. *A Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica* [dissertação]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo; 2007.

Ribeiro MAR. *História sem fim...Inventário da saúde pública*. São Paulo – 1880- 1930. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista; 1993.

Ricoeur P. *A memória, a história, o esquecimento*. Campinas, SP: Editora da Unicamp; 2007.

Rizvi SAH, Naqvi SAA, Hussain M, Hasan AS, “Religious circumcision: a muslim view,” *BJU International*, Supplement, vol. 83, no. 1, pp. 13–16, 1999.

Rocha RR, Moreira JB. Regime internacional para refugiados: mudanças e desafios. *Revista de Sociologia e Política*. 2010; 18(37), 17-30.

Rogan E. *The Arabs: a history*. 2009. Ebook Kindle

Rollemborg D. *Exílio: entre raízes e radares*. Rio de Janeiro; São Paulo: Record; 1999.

Rosen G. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

Rosen G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: Ed. Unesp, 1994

Rovere M. Atenção Primária de la Salud em Debate. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 2012, 36(94): 327-342.

Rui T, Fiore M, Tófoli LF. Pesquisa preliminar de avaliação do Programa ‘De Braços Abertos’. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo, 2016.

Ruxin JN. Magic bullet: the history of oral rehydration therapy. *Medical History*. 1994; 38: 363-397.

Said EW. *Orientalismo: o Oriente como invenção do Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

Salawdeh OK. *Manutenção e mudança de língua: um estudo da comunidade árabe em São Paulo* [dissertação]. Campinas: Curso de Linguística do Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas. 1997.

Salles MRR. Imigração e médicos italianos em São Paulo na primeira República. *Estudos de Sociologia*. 2007; 8: 63-92.

Salles MRR, Paiva O, Bastos S. Imigrantes Internacionais no Pós-Segunda Guerra Mundial. In Salles MRR, Bastos S., Paiva O, Peres R, Baeninger R (orgs). Imigrantes internacionais no pós-Segunda Guerra Mundial. Campinas: Nepo/Unicamp, 2013 (Coleção Por Dentro do Estado de São Paulo,) 2013; 11: p.11-22.

Sampaio MRA. Os coreanos no Bom Retiro. In: Lanna ALD. *São Paulo, os estrangeiros e a construção das cidades*. São Paulo: Alameda; 2011. p.89-115.

Santagata M. Diversidad cultural y salud, otra perspectiva para alcanzar la equidad: Efectos de la implementación del Programa de Atención Médica Transcultural (PAMT) en el Plan de Salud del Hospital Italiano de Buenos Aires / Cultural diversity and health, another prospect for achieving equity: Effects of the implementation of the Transcultural Medical Care Program (PAMT) in the Health Plan of the Hospital Italiano de Buenos Aires Health Insurance Program. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*. 2005; 25(1):8-11.

Santana C. Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018;34(11): e00098818.

Santana CL. *Anatomia do método qualitativo: uma experiência de sua aplicação no atendimento de refugiado*. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2001.

Santana C, Lotufo Neto F. Psicodinâmica e cultura: a implantação de um programa de saúde mental para refugiados em São Paulo. In: Debiaggi S, Paiva G, organizadores. *Psicologia, e/imigração e cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

Santinho C. A importância da competência cultural no atendimento de saúde a refugiados e requerentes de asilo. *Fórum Sociológico*. 2012; 22:73-81.

Santos AC. Percepções sobre o Império Otomano na obra de Arnold J. Toynbee [dissertação]. São Paulo: Programa de pós-graduação em História Social da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 2018

Santos CJFD. *Nem tudo era italiano: São Paulo e pobreza: 1890-1915*. 3a ed. São Paulo: Annablume/Fapesp; 2008.

Santos LAC. Um Século de Cólera: Itinerário do Medo. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*. 1994; 4(1): p.79-110.

Santos M. *Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica*. São Paulo: Hucitec; 1978.

Santos M. *Pensando o espaço do homem*. São Paulo: Hucitec; 1997.

Santos M. *A natureza do espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção*. 4.ed. São Paulo: Edusp; 2006.

Santos SJ. *À Lupa – A Guerra Síria*, publicado em Rede Angola. 2014. [citado 20 set 2020] Disponível em: http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_%C0%20lupaGuerra%20na%20S%EDria.SofiaJoseSantos.RedAngola.Fevereiro2014.pdf.

Santos MC, Mota A. *São Paulo 1932: memória, mito e identidade*. São Paulo: Alameda; 2010.

São Bernardo MA, Barbosa LMA. (2018). Ensino de português como língua de acolhimento: experiência em um curso de português para imigrantes e refugiados(as) no Brasil. *fólio - Revista De Letras*. 2018; 10(1). <https://doi.org/10.22481/folio.v10i1.4045>

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Básica e PSF. Documento Norteador: compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a população. São Paulo; 2005.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e informação CEInfo. Boletim CEInfo Saúde em Dados. Ano XVIII, nº 18, Junho de 2019. São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde, 2019, 24 p.

Sawan N, Costa RP. Charge Política, Revolução e Censura na Síria. *Revista De Cultura E Extensão USP*. 2018; 19: 107-118. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9060.v19i0p107-118>

Schechner R. Podemos ser o (novo) Terceiro Mundo? *Revista Sociedade e Estado*. 2014; 29(3): 711-726.

Schmid PC. Saúde mental e restrição de liberdade: relato de experiência como médica psiquiatra em centro de detenção de refugiados. *Saúde em Debate*. 2019; 43(121): 626-635.

Schenker I, Gross E. Male circumcision and HIV/AIDS: convincing evidence and the implication for the state of Israel. Harefuah, 2007.

Schnyder F. Relatório sobre Novas Situações de Refugiados, submetido à 7ª sessão da EXCOM, 1962: Doc da ONU A/AC. 96.158

Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*. 1995; 29(1): 63-74.

Schraiber LB. *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas* [tese livre docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1997.

Schraiber LB. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Aderaldo & Rothchild; 2008. 254 p.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.29-47.

Seaman J. Health Principles. *Disasters*. 1981; 5: 196-204.

Secco L. *O Espaço Técnico na Península Ibérica (1820-1914)*. Projeto História, São Paulo. 2007; 34:85-107.

Sen K, Al Faisal W. Syria: neoliberal reforms in Health sector financing: embedding unequal access? *Social Medicine*. 2012; 6(3): 171:182.

Shah N. Contagious Divides. Epidemics and race in San Francisco's Chinatown. University of California Press; 2011.

Shannon PJ. Refugees' advice to physicians: how to ask about mental health. *Family Practice*. 2014;31(4):462-466.

Sharara SL, Kanj SS (2014) War and infectious diseases: Challenges of the Syrian civil war. *PLoS Pathog*. 2014; 10: e1004438.

Shaw R Jr. Preventive Medicine in the Vietnamese Refugee Camps on Guam,. *Military Medicine*. 1977; 142 (1): 19–28.

Shawyer F, Enticott JC, Block AA, Cheng IH, Meadows GN. The mental health status of refugees and asylum seekers attending a refugee health clinic including comparisons with a matched sample of Australian-born residents. *Bmc Psychiatry*. 2017;17: 76.

Siegfried N, Muller M, Deeks JJ, Volmink J. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD003362. doi: 10.1002/14651858.CD003362.pub2. PMID: 19370585.

Silove D, Steel Z, Watters C. Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA*. 2000;284(5):604-611.

Silva CRS, Magalhães PM, Mortari P, Baeninger R.(orgs). *Emergências Epidemiológicas e Mobilidade Humana. Atualização Pedagógica*. Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza. 214 p. 2020.

Silva DF. O fenômeno dos refugiados no mundo e o atual cenário complexo das migrações forçadas. *R. Bras. Est. Pop.* 2017; 34 (1): 163-170. [citado 2 fev. 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v34n1/0102-3098-rbepop-3098a0001.pdf>

Silva ELFM. O combate à doença do sono nas colônias portuguesas na África: medicina sob o signo do racismo e do darwinismo social (1901-1932). *Revista Transversos*. Rio de Janeiro. 2018; 13: 79-101.

Silva EM. Religião, Diversidade e Valores Culturais: conceitos teóricos e a educação para a Cidadania. *Revista de Estudos da Religião*. 2004; 2: 1-14.

Silva SA. *Costurando Sonhos: trajetória de um grupo de imigrantes bolivianos que trabalham no ramo da costura em São Paulo*. São Paulo: Paulinas; 1997.

Silva VM. *Estupros, cólera e 30 mil mortos: conheça o legado da Minustah no Haiti*. Brasil de Fato. 1 de setembro de 2017. Disponível em: Acessado em [citado 22 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2017/09/01/estupros-colera-e-30-mil-mortos-conheca-o-legado-da-minustah-no-haiti>

Silva GJ, Cavalcanti L, Oliveira T, Macedo M. Refúgio em Números, 5ª Ed. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Comitê Nacional para os Refugiados. Brasília, DF: OBMigra, 2020.

Silva Júnior AG. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.142 p.

Silveira C, Barata RB, Ribeiro MCS, Junior NC. Condições de vida e acesso a serviços de saúde de imigrantes bolivianos no centro da cidade de São Paulo. *Revista Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29 (10):2017-2027.

Silveira C, Goldberg A, Martin D. Abordagens Críticas sobre a mobilidade humana e a saúde dos imigrantes e refugiados. In: Goldberg A, Silveira C, Coviello DM (orgs). *Migração, Refúgio e Saúde*. Santos(SP): Editora Universitária Leopoldianum; 2018. p.13-25.

Silverstein S. The Periphery is the Centre: some Macedonia origins of Social Medicine and internationalism. *Contemporary European History*. 2019, 28 (2):220-233.

Simmonds S. Conference Reports. Seminar on Health and Health-related Needs of Refugees; National Office of the Commissioner for Refugees, Somalia. *Disasters*. 1980; 4(2): 129-132.

Simmonds S, Refugees, health and development, *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 1984; 78(6): 726–733.

Simmonds, S. Book Review: Oxfam's Practical Guide to Refugee Health. *Tropical Doctor*. 1985; 15(1): 7–7.

Simmonds SP, Brown H. Curative Medicine or Community health? Appropriate health serviços with Refugees. *J Trop Med Hyg*. 1980; 83(2):49-52

Simmonds S, Cutts F, Dick B. Training refugees as primary health care workers: Past imperfect, future conditional. *Disasters*. 1985; 9(1): 61-69.

Simmonds S, Gabaudan M. Refugee Camp Health Care: Selected Annotated References. Ross Institute of Tropical Hygiene Publications nº 14. London School of Higiene and Tropical Medicine. London, 1982.

Simmonds S, Shears P. Changing perspectives in refugee health care in África. In: *Refugee Report 1984*. British Refugee Council, London. 1984.

Simmonds S, Vaughn P, Gunn SW Refugee community health care. Oxford: Oxford University Press, 1983. 357 p.

Soares GFS. *Curso de Direito Internacional Público*. São Paulo. Atlas. 2002

Souchaud S. A imigração boliviana em São Paulo. In: Póvoa Neto H, Ferreira AP, Vainer CB, Santos MO, organizadores. *Deslocamentos e reconstruções da experiência migrante*. Rio de Janeiro: NIEM-UFRJ/Garamond; 2010. p.267-90.

Sphere Association. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, fourth edition, Geneva, Switzerland, 2018. www.spherestandards.org/handbook

Stachura PD. Youth Unemployment in the Great Depression, 1929-1933. In: Stachura PD. *Weimar Republic and the younger proletariat_ an economics and social analysis*. London: Palgrave Macmillan. 1989: p. 115-132.

Stauffer WM, Kamat D, Walker PF. Screening of international immigrants, refugees, and adoptees. *Primary Care*. 2002;29(4):879-905.

Steel Z, Silove D, Brooks R, Momartin S, Alzuhairi B, Susljik I. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *Br J Psychiatry*. 2006; 188:58-64

Stein E. Colonial Theatres of Proof: Representation and Laughter in 1930s Rockefeller Foundation Hygiene Cinema in Java. *Health and Histor* 2006; 8(2):14-44.

Steketee R, Mulholland K. Primary Care Medicine in the Refugee Relief Program of Eastern Sudan. *Disasters*. 1982.6:176-182.

Stewart F. The many faces of adjustment. *World Development*. 1991; 19(12) 1847-1864, 1991.

Suliman A. Effective refugee health depends on Community participation. *Children*. 1983; 2: 2-8.

Talini C, Antunes LA, Carvalho BCN, Schultz KL, Del Valle MHCP, Aranha Junior AA, et al. *Circumcision: postoperative complications that required reoperation*. 2018;16(3).

Teixeira RR. *O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações*. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p.91-113.

Tejada DA. Alma-Ata: 25 años después. *Rev Perspec de Salud* .2003; 8(1):2-7.

Thompkins G. Kenya's upcoming elections bring ethnic tension. National Public Radio 21/12/2007. (citado 13 fev. 2021). Disponível em: <https://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=17495005>

Telarolli Jr. R Imigração e Epidemias no Estado de São Paulo. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*. 1996; (2):265-283. [citado 16 set. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v3n2/v3n2a04.pdf>

Testa M. *Pensar em saúde*. Artes Médicas/Abrasco, Porto Alegre, 1992.

Tibetan Delek Hospital. Primary Health Care Among Tibetians. Tibetan- administration- in-exile. Dharamsala, Índia, 1984.

Tiittala P, Tuomisto K, Puumalainen, T, Lyytikäinen, O, Ollgren, J., Snellman O, Helve, O. Public health response to large influx of asylum seekers: implementation and timing of infectious disease screening. *BMC Public Health*. 2018; 18:1139.

Toledo E. Um ano extraordinário: greves, revoltas e circulação de ideias no Brasil em 1917. *Estudos Históricos Rio de Janeiro*. 2017; 30(61): 497-518. [citado 10 set. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eh/v30n61/0103-2186-eh-30-61-0497.pdf>

Tomás MJ. O conflito da Síria: o quadro global. In: Vieira R, Rodrigues T. O conflito da Síria: as dinâmicas de globalização, diplomacia e segurança. Instituto de Estudos Superiores Militares; 2014. p. 7-26.

Tornero N. O emprego de auxiliares de saúde em áreas em desenvolvimento: breve histórico. *Revista de Saúde Pública*. 1979;13(3): 254-261.

Trajman A, Faerstein E. Forced migration and health: problems and responses. In: Parker R, Garcia Jonathan (editores). *Routledge Handbook on the Politics of Global Health*. London and New York: Routledge Taylor & Francis Group. 2019, p. 359- 367.

Truzzi O. *De Mascates a Doutores: Sírios e Libaneses em São Paulo*. São Paulo: Sumaré; 1992.

Truzzi O. Etnias em convívio: o bairro do Bom Retiro em São Paulo. *Estudos Históricos*. 2001; 28:143-66.

Truzzi O. *Patrícios. Sírios e libaneses em São Paulo*. 2. ed. São Paulo: Ed. Unesp, 2008a.

Truzzi O. Redes em processos migratórios. *Tempo Social*. 2008b; v. 20(1):199-218.

United Nations Children's Fund (UNICEF). The State of the World's Children_ 1982-1983. Oxford University Press. 1982. 141p. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/90211/file/SOWC%201982-83.pdf>

U.S. Committee for Refugees (USCR). World Refugee Report. Annual Survey Issue 1966-67. Washington, DC: US Committee for Refugees, 1967, Acesso em 27 mai. 2020. Disponível em: <https://refugees.org/wp-content/uploads/2019/02/World-Refugee-Survey-1966-67.pdf>

Vainer CB. Deslocamentos compulsórios, restrições à livre circulação: elementos para um reconhecimento teórico da violência como fator migratório. *Anais*. 2016; p. 819-835, 2016.

Vainfas R. Os protagonistas anônimos da História: Micro-História. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

Van Damme W. Do refugees belong in camps? Experiences from Goma and Guinea. *Lancet*. 1995; 346(8971): 360-362.

Van Damme W. *Medical Assistance to Self-settled Refugees Guinea, 1990-96. Studies in Health Services Organisation & Policy*, 11, 1998.

Van Gennep, A. *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes, 2011.

Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD. Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3): 498-506.

Vaughan JP, Walt G. Village health workers and primary health care. *Trop Doct*. 1983;13(3):105-108.

Vaughan M. *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness*. Stanford: Stanford University Press; 1991.

Ventura D. Saúde Pública e política externa brasileira. *Revista Internacional de Direitos Humanos*. 2013; 10(19): 98-117.

Ventura D. Mobilidade humana e saúde global. *Revista USP*. 2015; (107), 55-64.

Ventura D. *Migrações internacionais e seus fluxos de contradições*. *Panorama Internacional*. 2016; 1(3): 2016. Disponível em: <http://panoramainternacional.fee.tche.br/article/migracoes-internacionais-e-seus-fluxos-de-contradicoes/>

Ventura D, Holzhacker V. Saúde Global e Direitos Humanos: o Primeiro Caso Suspeito de Ebola no Brasil. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*. 2016; (98), 107-140.

Ventura D, Illes, Paulo. *Qual a política migratória do Brasil?* Le Monde Diplomatique Brasil, 2012. [citado 20 jun. 2015]. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/qual-a-politica-migratoria-do-brasil/>

Ventura D, Perez. Crise e reforma da organização mundial da saúde. *Lua Nova*, 2014; 92: 45-77.

Ventura D, Quispe V. *Saúde de migrantes e refugiados*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019. 116 p.

Vernon J. Hunger. *A Modern History*. 2013. Ebook Kindle

Verrecchia R, Thompson R, Yates R. Universal Health Coverage and public health: a truly sustainable approach. *The Lancet*. 2019; 4:e10-e11. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2818%2930264-0>

Verrept H. *What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen; 2019.

Vianna AM. Características principais do Projeto Nova Luz: Atores e discursos envolvidos [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo; 2016.

Vignal L. Syria: anatomy of a Revolution. Books and Ideas, July 2012. [citado 12 nov. 2020]. Disponível em: http://www.booksandideas.net/IMG/pdf/201209syria_vignalen.pdf

Vongsathorn K. “First and foremost the evangelist?” Mission and government priorities for the treatment of leprosy in Uganda, 1917-1948. *Journal of Eastern African Studies*. 2012; 6(3): 544-560.

Waldman R, Sutherland D. *Na Assessment of the Refugee Health Unit*. 1982.

Wallace RB. Screening for early and asymptomatic conditions. In: Wallace RB (ed) *Public health and preventive medicine*. 14th ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1998: 907-8.

Walsh JA; Warren MD. Dilective primary health care. *The New England Journal of Medicine*. 1979; 301(18): 967-974.

Walt G. *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. London: Zed Book; 1994.

Walt G, Vaughan P. *An Introduction to the Primary Health Care Approach in Developing Countries*. *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. 1981.

Walt G, Vaughan P. Primary health care: what does it mean?. *Trop Doct*. 1982a;12(3):99-100.

Walt G, Vaughan P. Primary health care approach: how did it evolve?. *Tropical Doctor*, 1982b, 12: 145-147.

Waren KS. The Evolution of selective primary health care. *Soc Sci Med*. 1988; 26(9): 891-898.

Warmington BH. O período cartaginês. In: Mokhtar, G. (org.). *História geral da África, II: África antiga*. 2. ed. Brasília: Unesco; 2010. p.473-500.

Weekers J, Siem H. Is compulsory overseas medical screening of migrants justifiable? *Public Health Rep*. 1997;112(5):396-402. PMID: 9323391; PMCID: PMC1381947.

Wenden CW. *Faut-il Ouvrir les Frontières?* Genebra, Caritas. 2015.

Weindling P. Social Medicine at the League of Nations Health Organization and International Labour Office Compared. In: Weindling P (org.). *International Health Organizations and Movements 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press. 1995. p. 134-53.

Weindling P. Philanthropy and world health: the Rockefeller Foundation and the League of Nations Health Organization. *Minerva*. 1997; 35: 269-81.

Weindling P. The League of Nations Health Organization and the rise of Latin American participation, 1920-40. *Hist. cienc. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro. 2006;13(3): p.555-570.

Weiss HA, Halperin D, Bailey RC, Hayes RJ, Schmid G, Hankins CA. Male circumcision for HIV prevention: from evidence to action? *AIDS*. 2008 Mar 12;22(5):567-74.

Werner D. *The village health worker - lackey or liberator*. World Health Forum, 1981; 2:46-54.

Werner d, Sanders D. *The Politics of Primary Health Care and Child Survival*; 1997.

Whelan DJ. Under the aegis of man: the right to development and the origins of new international economic order. *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*. 2015; 6(1):93-108.

Wisner B. GOBI versus PHC? Some dangers of selective primary health care. *Soc. Sci. Med.* 1988; 26(9): 963-969.

Worboys M. The emergence os Tropical Medicine. In: Lemaine G, MacLeod R, Mulkay M, Weingart P (editores). *Perspectives on the Emergence of Scientific Disciplines*. London: Routledge. 1976. p.84-85.

Wright S, Mabejane R. The 2019 UN high-level meeting on universal health coverage. *The Lancet*. 2019; 393: 1931. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30349-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30349-6/fulltext)

Xavier IR. *Projeto migratório e espaço: os migrantes bolivianos da região metropolitana de São Paulo* [dissertação]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas; 2010.

Yazbek S. *A Woman in the crossfire – diaries of Syrian Revolution*. Londres: Haus Publishing. 2012.

Zaherddine D. *A crise na Síria (2011 -2013): Uma análise multifatorial, Conjuntura Austral*, 2013. [citado 20 out. 2020] Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/ConjunturaAustral/article/view/43387/27333>

Zampieri N, Pianezzola E, Zampieri CJAP. *Male circumcision through the ages: the role of tradition*. 2008;97(9):1305-7.

Zola IK. Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*. 1972; 4: 487-504.

Zúniga M. Z. Donde comienza la vida comienza la Atención Primaria en Salud. Managua: Comité Regional de Promoción de Salud Comunitaria, 2003. 32p.

Zvereva E, Chilingaryan K. *Linguistic and cultural mediation in health care settings: an overview of Russia and Turkey*. Conference: ADVED 2018- 4th International Conference on Advances in Education and Social Sciences. 2018.

Documentos e Relatórios:

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global refugee trends statistical overview of populations of refugees, asylum-seekers, internally displaced persons, stateless persons, and other persons of concern to UNHCR in 2005. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends: Refugees, Asylum-Seekers, Internally Displaced and Stateless Persons in 2006, UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends: Refugees, Asylum-Seekers, Internally Displaced and Stateless Persons in 2007, UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends: Refugees, Asylum-Seekers, Internally Displaced and Stateless Persons in 2008. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends: Refugees, Asylum-Seekers, Internally Displaced and Stateless Persons in 2009. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends_ forced displacement in 2010. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends_ forced displacement in 2011. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends_ forced displacement in 2012. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends_ forced displacement in 2013. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends_ forced displacement in 2014. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends_ forced displacement in 2015. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends_ forced displacement in 2016. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends_ forced displacement in 2017. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR).

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends_ forced displacement in 2018. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). 2019.

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Global Trends_ forced displacement in 2019. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). 2020. Acesso em: 12 jan. 2020. Disponível em: <https://www.unhcr.org/flagship-reports/globaltrends/globaltrends2019/>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Statistical Online Database. Disponível em: <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria>. Acesso em: 12 mar. 2020.

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Statistical Online Database. 2018. [citado 12 mar. 2018]. Disponível em: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=pR5X>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Declaração de Cartagena. 1984. [Acesso em 12 mai 2016]. Disponível em:

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). *Situação dos Refugiados no Mundo – 1995 – em busca de soluções*. Genebra, 1995. [citado 10 abr. 2018]. Disponível em: http://www.cidadevirtual.pt/acnur/acn_lisboa/swr/indice.html

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados. In: ACNUR. *Manual de procedimentos e critérios a aplicar para determinar o estatuto de refugiado*. Lisboa: ACNUR. 1996.

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Jovens refugiados: uma prioridade do Alto Comissariado da ONU, *Unews*, ano 3; 2003, p. 6-7.

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). *Manual de procedimentos e critérios para a determinação da condição de refugiado: de acordo com a Convenção de 1951 e o Protocolo de 1967 relativos ao Estatuto dos Refugiados*. 3ª ed. 2011a. [citado 8 mar. 2017]. Disponível em: http://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Manual_de_procedimentos_e_crit%C3%A9rios_para_a_determina%C3%A7%C3%A3o_da_condi%C3%A7%C3%A3o_de_refugiado.pdf

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Diretório Nacional de Teses de Doutorado e Dissertações de Mestrado sobre Refúgio, Deslocamentos Internos e Apatridia (1987-2009). Brasília: ACNUR, 2011b.

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). *Cartilha para Refugiados no Brasil Direitos e Deveres, Documentação, Soluções Duradouras e Contatos Úteis*. [Acesso em 12 mai 2016]. Disponível em: http://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Cartilha-para-Refugiados-no-Brasil_ACNUR-2014.pdf

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). **Perfil Socioeconômico dos Refugiados no Brasil. Subsídios para elaboração de política. Conteúdo Completo**. 2019c. [citado 20 set. 2020]. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/07/Pesquisa-Perfil-Socioecon%C3%B4mico-Refugiados-ACNUR.pdf>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Refúgio no Brasil: uma análise estatística: janeiro de 2010 a outubro de 2014. Agência da ONU para Refugiados. **2014b**. (citado em 7 out. 2020). Disponível em: <http://www.acnur.org/t3/>

fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/portugues/Estatisticas/Refúgio_no_Brasil_2010_2014].

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Statistical Yearbook 2012, 12th edition, Country Data Sheets. 10 Dec. **2013b**. (citado em 7 out. 2020). Disponível em: <https://www.unhcr.org/statistics/country/52a7213b9/unhcr-statistical-yearbook-2012-12th-edition.html>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Estatuto do ACNUR, 1950. In: *Resolução 428 de 1950, Estatuto do ACNUR, Convenção de 1951, Protocolo de 1967*. Buenos Aires: Rio de Janeiro; São Paulo: ACNUR; Cáritas, p.9-16. [citado 8 set. 2018]. Disponível em: http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Estatuto_ACNUR.pdf?file=fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Estatuto_ACNUR

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). *Cartilha para Refugiados no Brasil Direitos e Deveres, Documentação, Soluções Duradouras e Contatos Úteis*. [Acesso em 12 mai 2016]. Disponível em: http://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Cartilha-para-Refugiados-no-Brasil_ACNUR-2014.pdf

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). *Dados Sobre o Refúgio no Mundo e Dados Sobre Refúgio no Brasil- referentes a 2017*. [citado 15 set. 2018]. Disponível em: <http://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Text of the 1951 Convention Relating to the Status of Refugees <https://www.unhcr.org/3b66c2aa10>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) (1967) Text of the 1967 Protocol. Disponível em: <https://www.unhcr.org/3b66c2aa10>

Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). Convention relating to the Status of Refugees. Adopted on 28 July 1951 by the United Nations Conference of Plenipotentiaries on the Status of Refugees and Stateless Persons convened under General Assembly resolution 429 (V) of 14 December 1950
Entry into force: 22 April 1954, in accordance with article 43
<https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/StatusOfRefugees.aspx> →
checar

Banco Mundial. Global Economic Prospects: trade, regionalism and development. Washington: The World Bank. 2005. 172p. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/INTGEP2005/Resources/gep2005.pdf>

Banco Mundial. The World Bank Open Data. [citado 25 out.2020]. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=SY>

Brasil. Decreto-Lei nº 3.175 -*Restringe a imigração e dá outras providências*. de 7 abril de 1941. [citado 10 set. 2018] Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3175-7-abril-1941-413194-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil. Ministério da Justiça. Refúgio em Números. 4ª edição. 2019. [citado 20 set 2020]. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wpcontent/uploads/2019/07/Refugio-emnu%CC%81meros_versa%CC%83o-23-de-julho-002.pdf >, acesso em dezembro de 2019.

Brasil. Decreto-Lei nº 3.175 -*Restringe a imigração e dá outras providências*. de 7 abril de 1941. [citado 10 set. 2018] Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3175-7-abril-1941-413194-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil. Decreto nº 50.219, de 28 de janeiro de 1961. *Promulga a Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados*, concluída em Genebra, em 28 de julho de 1951. Diário Oficial da União - Seção 1 - 30/1/1961, Página 838. [citado 3 mai. 2018]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-50215-28-janeiro-1961-389887-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil. *Estatuto dos Refugiados*. Diário Oficial da União - Seção 1 - 8/8/1972, Página 7037. Acesso em 4 mai 2018. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-70946-7-agosto-1972-419532-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil. Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997. *Define mecanismos para implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências*. 1997a [citado 15 set. 2018]. Disponível em: www.periodicos.usp.br/rfdusp/article/download/67475/70085

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997b. 36p.

Brasil. *Estatuto do Estrangeiro: regulamentação e legislação correlata*. 2ª ed. Brasília: Senado Federal; 2013. 104 p. [citado 17 set. 2018]. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508142/000986045.pdf?sequence=>

Brasil. Lei nº 13.445/1, de maio de 2017. *Institui a Lei de Migração*. [citado 17 set.2018]. Disponível em: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/11166.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2017/11166>

Brasil. Conselho Nacional de Imigração (CNIg). Resolução Normativa nº 126, de 2 de março de 2017. *Dispõe sobre a concessão de residência temporária a nacional de país fronteiriço*. Diário Oficial da União. Seção 1. Nº 43, sexta-feira, 3 de março de 2017a. [citado 15 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/11016.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2017/11016>

Brasil. Resolução Normativa CONARE nº 20, de 21 de Setembro de 2015 .Prorroga a vigência da Resolução Normativa nº 17, de 20 de setembro de 2013, e dá outras providências. [citado 10 out. 2020]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-normativa-n-20-de-21-de-setembro-de-2015-32863765>

CÁRITAS. *Cartilha para Solicitantes de Refúgio no Brasil*; 2013. 112p. [citado 12 mar. 2018]. Disponível em: http://caritas.org.br/wpcontent/uploads/2013/09/CARTILHA_PARA_SOLICITANTES_DE_REFUGIO_NO_BRASIL_FINAL.pdf

CÁRITAS (CASP). Relatório Georreferenciamento de Pessoas em Situação de Refúgio Atendidas pela Caritas Arquidiocesana de São Paulo em 2018”. ACNUR e Caritas Arquidiocesana de São Paulo. [citado 10 out 2020]. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/10/Relat%C3%B3rio-mapeamento-Caritas-Final-Agosto19.pdf>

Comitê Nacional para Refugiados (CONARE). Ministério da Justiça. Comitê Nacional para Refugiado (CONARE). *Refúgio em números*. 1ª Edição.

Comitê Nacional para Refugiados (CONARE). Ministério da Justiça. Comitê Nacional para Refugiado (CONARE). *Refúgio em números*. 2ª Edição.

Comitê Nacional para Refugiados (CONARE). Ministério da Justiça. Comitê Nacional para Refugiado (CONARE). *Refúgio em números*. 3ª Edição.

Comitê Nacional para Refugiados (CONARE). Ministério da Justiça. Comitê Nacional para Refugiado (CONARE). *Refúgio em números*. 4ª Edição. 2018.[citado 3 mar. 2020]. Disponível em: http://www.justica.gov.br/news/de-10-1-mil-refugiados-apenas-5-1-mil-continuam-no-brasil/refugio-em-numeros_1104.pdf/view

Comitê Nacional para Refugiados (CONARE). *Refúgio em Números*. 5ª ed. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Comitê Nacional para os Refugiados. Brasília, DF: OBMigra, 2020.

Fundação Rockefeller. Rockefeller Foundation. Future health markets: a meeting statement from Bellagio. Disponível em: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08a8140f0b652dd00077c/bellagio-future-health-markets-statement-final.pdf>. Acesso em 24 mar 2020.

International Sanitary Conference. Procès-verbaux de la Conférence Sanitaire internationale ouvert à Paris le 27 juillet 1851. Paris: Impr. Nationale, 1852. Disponível em: [https://iiif.lib.harvard.edu/manifests/view/drs:7309389\\$11i](https://iiif.lib.harvard.edu/manifests/view/drs:7309389$11i)

International Sanitary Conference., Protocol N° II, 27 Sept. 1851, French delegate Melier. Acesso em 15 dez 2019. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=wukTAAAAQAAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

International Sanitary Conference. Paris., France. Ministère des affaires étrangères. (1894). *Conférence sanitaire internationale de Paris, 7 février-3 avril 1894: Procès-verbaux*. Paris: Imprimerie nationale. Acesso em 15 dez 2019. Disponível em: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5613844k/f10.image>

International Sanitary Conference. Procès-verbaux de la Conférence Sanitaire internationale ouvert à Paris le 27 juillet 1851. Paris: Impr. Nationale, 1852. Disponível em: [https://iiif.lib.harvard.edu/manifests/view/drs:7309389\\$11i](https://iiif.lib.harvard.edu/manifests/view/drs:7309389$11i)

International Sanitary Conference. Procès-verbaux de la Conférence Sanitaire internationale. Protocol N° I0, 23Jan. 1892. [Acesso 17 dez 2019]. Disponível em: <https://curiosity.lib.harvard.edu/contagion/catalog/36-990113677780203941>

IOM (Institute of Medicine). America's vital interest in global health: Protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests. Washington, DC: National Academy Press; 1997.

Ministério da justiça e segurança pública. Solicitações de reconhecimento da condição de refugiado ativas e inativas até 31 de maio de 2020. Brasília: CONARE. 2020.[Citado 6 out.2020]. Disponível em: https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/anexos/DadosSolicitacoesRefgioTotal_at_maior_2020.xlsx.

Ministério da Justiça. Dados e recursos. Brasília: Secretaria Nacional de Justiça. 2018. Disponível em: <http://dados.mj.gov.br/dataset/comite-nacional-para-os-refugiados>
Ministério da Justiça. Sistema de Refúgio brasileiro. SlideShare, 2016. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/justicagovbr/sistema-de-refugio-brasileiro-balano-at-abril-de-2016>

National Planning Committee, *Population: Report of the Sub-Committee* (Chair: Dr Radhakamal Mukherjee) K.T. Shah ed., Vohra & Co., 1947, p. 8. Although the proceedings of the NPC were published in edited form after the war, the discussions took place between 1938 and 1940.
Disponível em: https://archive.org/stream/in.ernet.dli.2015.85649/2015.85649.National-Planning-Committee-Series-Population_djvu.txt

Natsios Andrew, testimony before U.S. House of Representatives Committee on International Relations, Hearing: the United States' War on AIDS, 107th Cong., 1 st sess. Washington, D.C., June 7, 2001. Disponível em: http://commdocs.house.gov/committees/intlrel/hfa72978.000/hfa72978_0.HTM

Observatório Sírio de Direitos Humanos (OSDH). Syrian Observatory for Human Right Relatório de 4 de janeiro _2020. [citado 24 out.2020]. Disponível em: <https://www.syriahr.com/en/152189/>

Organização Internacional Migração (International Organization for Migration)_IOM. Eord Migration Report_ 2020. 498 p. Disponível em: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf

Organização Internacional do Trabalho (OIT). Annual Report 2014. Madri, World Tourism Organization (UNWTO), 2015.

Organização das Nações Unidas (ONU). UN Commission on Human Rights. Report of the Representative of the Secretary-General on Internally Displaced Persons: Guiding

Principles on Internal Displacement. 11 fev. 1998, E/CN.4/1998/53/Add.2. [Citado 01 set. 2020]. Disponível em: <https://www.refworld.org/docid/3d4f95e11.html>

Resolução Normativa no 97, de 13 de janeiro de 2012. *Dispõe sobre a concessão do visto permanente previsto no art. 16 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, a nacionais do Haiti.* (citado em 7 out. 2020). Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=116083>

Resolução Normativa CNIg Nº 102 DE 26/04/2013, *determinando que o visto passaria a ser concedido diretamente pelo MRE, e não mais pelas embaixadas* (citado em 7 out. 2020). Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=253792>

Resolução Normativa CONARE nº 17. Brasília, DF, 20/09/2013. Dispõe sobre a concessão de visto apropriado, em conformidade com a Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, e do Decreto 86.715, de 10 de dezembro de 1981, a indivíduos forçosamente deslocados por conta do conflito armado na República Árabe Síria. [citado 10 out. 2020]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=258708>

São Paulo. *Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo.* Boletim CEInfo Análise. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde. Ano X, nº 13, 2015a. 49 p. [citado 10 jan. 2016]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_13.pdf

São Paulo. *Secretaria Municipal da Saúde. OPAS/OMS firma cooperação com município de São Paulo para fortalecer saúde dos imigrantes e refugiados, atenção básica e saúde mental.* 2015b Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4986:opas-oms/assina-termo-de-cooperacao-com-o-municipio-de-sao-paulo-para-fortalecer-saude-da-populacao-imigrante-e-refugiados-atencao-basica-e-saude-mental&Itemid=821.

São Paulo. *Alguns aspectos da saúde de imigrantes e refugiados recentes no município de São Paulo.* Boletim CEInfo Análise. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde. Ano X, nº 13, 2015a. 49 p. [citado 10 jan. 2016]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Analise_13.pdf

São Paulo. *Secretaria Municipal da Saúde. OPAS/OMS firma cooperação com município de São Paulo para fortalecer saúde dos imigrantes e refugiados, atenção básica e saúde mental.* 2015b Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4986:opas-oms/assina-termo-de-cooperacao-com-o-municipio-de-sao-paulo-para-fortalecer-saude-da-populacao-imigrante-e-refugiados-atencao-basica-e-saude-mental&Itemid=821.

oms/assina-termo-de-cooperacao-com-o-municipio-de-sao-paulo-para-fortalecer-saude-da-populacao-imigrante-e-refugiados-atencao-basica-e-saude-mental&Itemid=821>.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção Básica: organização do trabalho na perspectiva da longitudinalidade e da coordenação do cuidado. XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. 13/abril/2016. [citado 10 abr. 2018]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Arnaldo-Sala.pdf>

São Paulo. Câmara Municipal. Lei n. 16.478, de 8 de julho de 2016, *que institui a Política Municipal para a População Imigrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias, bem como sobre o Conselho Municipal de Imigrantes*. Disponível em: <http://documentacao.camara.sp.gov.br/iah/fulltext/leis/decreto-57533-de-15-de-dezembro-de-2016>. 2016.

São Paulo. Gabinete do Prefeito. Decreto nº 57.533, *que institui a Política Municipal para a População Imigrante*, de 15 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-57533-de-15-de-dezembro-de-2016>.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção Básica: organização do trabalho na perspectiva da longitudinalidade e da coordenação do cuidado. XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. 13/abril/2016. [citado 10 abr. 2018]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Arnaldo-Sala.pdf>

São Paulo. Câmara Municipal. Lei n. 16.478, de 8 de julho de 2016, *que institui a Política Municipal para a População Imigrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias, bem como sobre o Conselho Municipal de Imigrantes*. Disponível em: <http://documentacao.camara.sp.gov.br/iah/fulltext/leis/decreto-57533-de-15-de-dezembro-de-2016>. 2016.

São Paulo. Gabinete do Prefeito. Decreto nº 57.533, *que institui a Política Municipal para a População Imigrante*, de 15 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-57533-de-15-de-dezembro-de-2016>
UNITED NATIONS. Relatório emitido pela Comissão Independente Internacional de Investigação sobre a República Árabe Síria, apresentando na 17ª Sessão do Conselho de Direitos Humanos da ONU Genebra:UN, 2011. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/170/97/PDF/G1117097.pdf?OpenElement>

Documento da Liga das Nações e Organização Mundial da Saúde

Conférence Européenne sur l'Hygiène Rurale, 29 juin-7 juillet 1931, Genève. Recommandations sur les principes directeurs de l'organisation de l'assistance médicale, des services d'hygiène et de l'assainissement dans les districts ruraux. Genève: Société des Nations. v.1. 1931. Disponível em: https://biblio-archive.unog.ch/Dateien/CouncilMSD/C-473-M-202-1931-III_FR.pdf

Genève, le 6 janvier 1922. Société des Nations comité d'hygiène rapport du Dr Rajchman, directeur médical, sur les travaux du comité. Disponível em: https://biblio-archive.unog.ch/Dateien/CouncilMSD/C-8-M-2-1922-III_BI.pdf

Letter from Selskar M. Gunn to Raymond B. Fosdick, 1937 december 30 (Carta de Guss para Fosdick, 31 de dezembro de 1937)

Liga das Nações 1931_ Sociedade das Nações of d'Hygiène. Conférence Européenne sur l'Hygiène Rurale, 29 juin-7 juillet 1931, Genève. v.2, Genève, le 31 juillet 1931. 193 p. Disponível em: https://biblio-archive.unog.ch/Dateien/CouncilMSD/C-473-M-202-1931-VOL2_FR.pdf

Liga das Nações. *League of Nations Health Organisation. Report of the Intergovernmental Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene*. Geneva, Switzerland: League of Nations Health Organization; 1937:23–54. Conference was held in Bandoeng, Java, August 3–13, 1937. 126p. <https://archive.org/details/intergovernmenta00heal>

Liga das Nações .League of Nations. Communiqué n.º 161, 1938.ii.b. to the council. Geneva, May 9th, 1938. results of the first session of the preparatory committee of the European conference on rural life. Report by the Secretary-General. ==> fala da preparação para a conferência de 1939-https://biblio-archive.unog.ch/Dateien/CouncilDocs/C-161-1938-II-B_EN.pdf

Liga das Nações.League of Nations c.261.1937.iii. Geneva, May 27th, 1937. ninety-seventh session of the council. conference on rural hygiene for American countries. Report by the Representative of New Zealand. Disponível em: https://biblio-archive.unog.ch/Dateien/CouncilDocs/C-261-1937-III_EN.pdf

Liga das Nações. League of Nations European Conference on rural life report of the preparatory committee on the work of its first session '(April 4th to 7th, 1938.). https://biblio-archive.unog.ch/Dateien/CouncilMSD/C-161-M-101-1938-II-B_EN.pdf

Liga das Nações .League of Nations, Intergovernmental Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene: Report by the Preparatory Committee (Geneva, 1937) [III. Health. 1937.III.3]. Disponível em :

https://archive.org/stream/in.ernet.dli.2015.115629/2015.115629.Report-Of-The-Intergovernmental-Conference-Of-Far-eastern-Countries-On-Rural-Hygiene-Held-At-Bandoen-java-August-3rd-To-13th-1937_djvu.txt

Liga das Nações .League of Nations Health Organization. Report of the Council on the Work of The Twenty-Fifth session of the health Committee – Geneva, April 26th- May 1st, 1937

Disponível em: https://biblio-archive.unog.ch/Dateien/CouncilMSD/C-219-M-159-1937-III_EN.pdf

Liga das Nações .league of nations european conference on rural life 1939 technical documentation general survey of médico-social policy in rural areas. repared under the auspices of the Health Committee Disponível em :https://biblio-archive.unog.ch/Dateien/CouncilMSD/C-60-M-22-1939_EN.pdf

Organização Mundial da Saúde, Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF (1975) Djukanovic, V, Mach, E. P, World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (1975). Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries: a joint UNICEF/WHO study / edited by V. Djukanovic, E. P. Mach. World Health. 116p.Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40076>

Organização Mundial da Saúde, Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (WHO/UNICEF) (1972) Executive Board 50 (EB50/6, 1972). Joint UNICEF/WHO Committee on Health Policy. Nineteenth session. Geneva, World Health Organization, 1972. Joint UNICEF/WHO Committee on Health Policy. Nineteenth session.

Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud, 34. (1981). Salud para todos en el año 2000: estratégia mundial. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/196909>

World Health Organization WHO (1958). The First Ten Years of the World Health Organization. Ginebra: WHO, 1958. 570 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37089>

World Health Organization (WHO) (1946b) «Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference». En: Official Records of the World Health Organization, Nº 1, París, 18 de marzo al 5 de abril. Ginebra: United Nations / WHO-Interim Commission. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85572>

World Health Organization (WHO) (1946) World Health Organization, Interim Commission. (1947). Minutes of the second session of the Interim Commission held in Geneva from 4 to 13 November 1946. United Nations, World Health Organization, Interim Commission. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85583>
Official records of the World Health Organization no. 4

World Health Organization (WHO) (1947). World Health Organization, Interim Commission. (1948). Minutes of the fourth session of the Interim Commission held in Geneva from 30 August to 13 September 1947. United Nations, World Health Organization, Interim Commission. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85585>
Relação Official records of the World Health Organization; no. 6

World Health Organization (WHO) (1948a). World Health Organization, Interim Commission. (1948). Report of the Interim Commission to the first World Health Assembly: part I: activities. United Nations, World Health Organization, Interim Commission. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85588>
Relação. Official records of the World Health Organization; nº. 9

World Health Organization, Interim Commission. (1948b). Supplementary Report of the Interim Commission to the First World Health Assembly. in: Official Records of the World Health Organization No. 12. December, 1948. Geneva
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85591/Official_record12_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization, WHO (1946a). Minutes of the first session of the Interim Commission held in New York from 19 to 23 July 1946. United Nations, World Health Organization, Interim Commission.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/85582>
Official Records of the World Health Organization nº. 3

World Health Assembly, 23. (1970). Basic principles for the development of national health services. World Health Organization.
WHA23.61 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/91739>

World Health Assembly, 24. (1971). Twenty-fourth World Health Assembly, Geneva, 4-20 May 1971: Part II: plenary meetings: verbatim records: committees: summary records and reports. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85>

World Health Assembly, 27. (1974a). Twenty-seventh World Health Assembly, Geneva, 7-23 May 1974: part II: verbatim records of plenary meetings: summary records and

reports of committees. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85875>

World Health Assembly Executive Board, 49. (1972). Organizational study of the Executive Board on methods of promoting the development of basic health services: background documentation. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145850>

World Health Assembly, 26. (1973). Organizational study on "methods of promoting the development of basic health services". World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/146129>

World Health Organization (WHO). Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva, 1981. 90p. Disponível em: https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/6967/WPR_RC032_GlobalStrategy_1981_en.pdf

World Health Organization (WHO) (1975c) Executive Board, 55. (1975c). Executive Board, fifty-fifth session, Geneva, 20-31 January 1975: part III: summary records. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85886>

MATERIAIS ESPECIAIS

JORNAIS / REVISTAS

Jornal A Folha de São Paulo

MUNDO. Eles nos expulsaram como cachorro, diz imigrante venezuelana em Roraima, A Folha de São Paulo, 19 de agosto de 2018. [citado em 10 jan. 2018]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2018/08/eles-nos-expulsaram-como-cachorro-diz-imigrante-venezuelana-em-roraima.shtml>

MUNDO. Brasil abandona Pacto Global de Migração da ONU. A Folha de São Paulo, 9 de janeiro de 2019, A10. [citado 5 out. 2020]. Disponível em: <https://acervo.folha.com.br/leitor.do?numero=48592&keyword=Migracao&anchor=6109482&origem=busca&originURL=>

Folha de São Paulo. Com crise, sírios trocam Brasil pela Guiana Francesa. (17/03/2016). Disponível em:

<https://www1.folha.uol.com.br/colunas/patriciacamposmello/2016/06/1777708-com-crise-sirios-trocam-brasil-pela-guiana-francesa.shtml>

El País

El Pais. Matéria de Friedrich Bungert, Miguel Bayod, Nelly Ragua. Imigrantes do ‘Open Arms’ desembarcam em ilha italiana após ordem de promotor. 21 ago. 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/20/internacional/1566287744_532442.html

El Pais- Matéria de Lorena Pacho. “As pessoas se atiravam ao mar desesperadamente, sem saber nadar”, diz imigrante retido no mar. Imigrantes do ‘Open Arms’ relatam sua odisséia após desembarcar em Lampedusa com autorização do Ministério Público. Lampedusa (Itália). 23 aug 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/08/22/internacional/1566489793_720593.html

The Observer / The New York Times

The New York Times (1948), Tuesday, august 17, 1948, p.6. Disponível em: <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1948/08/17/94947484.html?pagenumber=6>

The New York Times (1976). Spark R. The case against regular physicals. New York Times Magazine. 25 july. 1976. p.10-11. Disponível em : <https://timesmachine.nytimes.com/timesmachine/1976/07/25/79670829.html?pagenumber=153>

The New York Times, 26 de abril, 1970, página 4. Problema dos refugiados cresce na África. Acesso em 3 de jun 2020. Disponível em: <https://www.nytimes.com/1970/04/26/archives/refugee-problem-grows-in-africa-un-agency-tends-dome-of-the-million.html?searchResultPosition=1>

The New York Times, 7 de abril de 1981, seção A, página 2 da edição nacional, com a manchete: Legiões de refugiados da África pede ajuda ao mundo. Acesso em 3 de jun 2020. Disponível em: <https://www.nytimes.com/1981/04/07/world/africa-s-legions-of-refugees-ask-the-world-for-help.html?searchResultPosition=2>

The New York Times, 22 de novembro de 1971, p.38. com a manchete: Band-Aids para o subcontinente. Acesso em 22 de nov. 2020. Disponível em:

<https://www.nytimes.com/1971/11/22/archives/bandaids-for-the-subcontinent.html?searchResultPosition=12>

The Guardian – The Observer

The Guardian(1928) (London, Greater London, England) · Wed, Jul 18, 1928 · Page 15
<https://theguardian.newspapers.com/image/259002898> Downloaded on Dec 22, 2019

The Observer (1937) (London, Greater London, England) · Sun, Oct 3, 1937 · Page 14
<https://theguardian.newspapers.com/image/257989805> Downloaded on Dec 20, 2019

The Observer (1943) (London, Greater London, England) · Sun, Nov 28, 1943 · Page 4.
 Disponível em:
<https://theguardian.newspapers.com/image/257852117> Downloaded on Dec 8, 2019

The Observer (1946) (London, Greater London, England) · Sun, Jun 9, 1946 · Page 1.
 Disponível em: The Guardian: <https://theguardian.newspapers.com/image/257767063>
 Downloaded on Jan 16, 2020

The Guardian (1986). (London, Greater Lo9ndon, England). Primary Health Care Teacher_ Noth West Frontier Province, Pakistan. 14 may 1986, Wed. Page 14. Acesso em 29 jul. 2020. Disponível em :
<https://theguardian.newspapers.com/image/260188915/?terms=Primary%2Bhealth%2Bcare>

Guardian (2016). Doherty B. Australia's indefinite detention of refugees illegal, UN rules. Guardian 2016; 17 May. Disponível em: <https://www.theguardian.com/law/2016/may/18/australias-indefinite-detention-ofrefugees-illegal-un-rules>.

Guardian(2016a).Doherty B. The Nauru files. A short history of Nauru, Australia's dumping ground for refugees. Guardian 2016a; 9 Aug. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2016/aug/10/a-shorthistory-of-nauru-australias-dumping-groundfor-refugees>.

Revista Exame

Matéria jornalística realizada por Camila Almeida e publicada no site da Revista Exame, em 12/08/2017. “Para refugiados sírios no Brasil, a comida é um começo”. (citado em 06

mar 2021). Disponível em: <https://exame.com/pme/para-refugiados-sirios-a-comida-e-um-recomeco/>

Carta Capital

Matéria publicada em 2 de outubro de 2020, no setor de Política, com o título: “Saio do meu país!”: agressão a refugiado expõe a xenofobia no Brasil. Citado em 2 out 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/saia-do-meu-pais-agressao-a-refugiado-no-rio-expoe-a-xenofobia-no-brasil/>

BBC

Matéria jornalista de Carolina Montenegro para a BBC Brasil, publicada no site do G1 Mundo, em 04 de outubro de 2015. “Imigrantes se tornam mediadores para ajudar refugiados na Itália”., (acesso 6 mar. 2021). Disponível em: <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2015/10/imigrantes-se-tornam-mediadores-para-ajudar-refugiados-na-italia.html>

BBC. Matéria do dia 19 fev. 2018. Islândia pode se tornar primeiro país da Europa a proibir circuncisão religiosa. (citado 24 fev. 2020). Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/mundo/islandia-pode-se-tornar-primeiro-pais-da-europa-a-proibir-circuncisao-religiosa,02fe9268a1f2f845a37394c24cb2469a5tj8memi.html>

BBC News⁴¹⁹. African Union urges DR Congo to delay final election results. January 18th, 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/world-africa-46914032>. Acessado em 19 de junho de 2020.

BBC. Matéria do dia 19 fev. 2018. Islândia pode se tornar primeiro país da Europa a proibir circuncisão religiosa. (citado 24 fev. 2020). Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/mundo/islandia-pode-se-tornar-primeiro-pais-da-europa-a-proibir-circuncisao-religiosa,02fe9268a1f2f845a37394c24cb2469a5tj8memi.html>

Revista Continente

Ventura D. Entrevista com Deisy Ventura para a Revista Continente. “As pessoas não têm ideia do que vem pela frente”. Professora titular de Ética da USP e coordenadora de estudo sobre o atual governo, Deisy Ventura analisa juridicamente as normas emitidas pela União durante a pandemia. Texto Débora Nascimento. 01 de março de 2021. (citado

9 de mar. 2021). Disponível em: <http://revistacontinente.com.br/edicoes/243/ras-pessoas-nao-tem-ideia-do-que-vem-pela-freter>

Portal ENSP

Entrevista com Nísia Trindade Lima, presidenta da Fundação Oswaldo Cruz realizada por Eduardo Ribeiro (Ecoa-Uol) e publicada no Portal da Ensp, em 9 de julho de 2020 (Disponível em: <https://racismoambiental.net.br/2020/07/09/a-pandemia-nao-e-a-mesma-para-todos-diz-a-presidente-da-fiocruz-nisia-trindade-lima/>)

Filmes / Documentários

Notturmo (Itália, França, Alemanha 2020.100 min.): Filmado ao longo de três anos no Oriente Médio, nas fronteiras entre Iraque, Curdistão, Síria e Líbano, o documentário mostra a rotina por trás das contínuas guerras civis, ditaduras ferozes, invasões e interferências estrangeiras até o rastro de assassinatos deixado pelo Estado Islâmico.

Vídeos (youtube)

Deisy Ventura . TEDxRua Monte Alegre- 06/12/2013- Multilateralismo-Mobilidade Humana. [citado em 10 jan. 2018]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7jMpxRfUWW0&t=910s>
Deisy Ventura

Saúde e Globalização _ Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde. 8 de dez. 2019. [citado em 10 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=O2r3CiPC070>

Isabel Allende. TED 2007_ Isabel Allende conta histórias de paixão. Acesso em 30 set. 2019. Disponível em: https://www.ted.com/talks/isabel_allende_tells_tales_of_passion?language=pt-br
Human Flow- filme de Ai Weiwei. Disponível: Netflix

Mudança de Paradigmas _Medicina Tropical, Saúde Internacional, e Saúde Global
Professor Richard G. Parker. Instituto de Medicina Social_ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro Rio de Saúde Global Panorama da Saúde Global – 2016.01. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=wAamTbgPQng>

A Doctor in Nigeria (1948) (Documentário). Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=Isz6WSQ2yIw&t=331s>

The Silent War Colombia's Fight Against Yellow Fever (Documentário). Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=EohPRleYbvA>

WHO: Our health, our future (vídeo institucional). Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=1H2iCibm8hs>

Webinar

OMS. Regional Office for Europe. A bridge to better health care: cultural mediators in refugee and migrant health care. 24 de jul. 2019 k. The webinar panel will comprise Hans Verrept, the author of the upcoming HEN report and Head of the Intercultural Mediation and Policy Support Unit, Federal Public Service (FPS) Health, Belgium; Dr Santino Severoni, Coordinator Public Health and Migration, WHO/Europe; and Adeline Degratet,

11 ANEXOS

ANEXO A _ ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS MÉDICOS

1-Informações gerais:

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Ano de formatura
- Especialidade:
- Há quanto tempo trabalha nesta unidade?
- Já trabalhou em outras Unidades que atendessem imigrantes ou refugiados? Se sim, descreva
- A que equipe você pertence:
- Fala alguma língua estrangeira? Se sim, qual (ais)?

2-Necessidades de saúde e demandas

- Sua Unidade de Saúde tem usuários refugiados sírios? Coloque em ordem decrescentes no que se refere a utilização da Unidade.
- Com relação aos usuários refugiados sírios, o que sabe sobre o funcionamento e a experiência anterior desses refugiados com o sistema de saúde nos seus respectivos países de origem?
- Quando vem a essa Unidade para atendimento médico, quais as principais demandas e necessidades de saúde dos usuários refugiados sírios?
- Quais seus principais adoecimentos? Explique como as maneja.
- O que você acha que está causando esses adoecimentos? Identificar, entre esses usuários, suas percepções sobre esses adoecimentos?

- Esses adoecimentos comprometem o dia a dia desses usuários? Explique e exemplifique.
- Identifica as expectativas desses usuários sobre exames e /ou tratamentos específicos para esses adoecimentos?
- Descreva algum atendimento realizados com esses usuários que tenham lhe marcado?

3-Tecnologia em saúde e cuidado

- Com base em sua experiência, existe diferença em se prestar assistência médica a usuários refugiados sírios? Explique.
- Há dificuldade no atendimento médico de usuários sírios? Caso haja, como às maneja.
- Você identifica hábitos peculiares aos usuários refugiados sírios, no que se refere ao modo como cuidam da saúde?
- Como se dá o estabelecimento de vínculo com esses usuários?
- Como se dá a adesão desses usuários aos tratamentos ou orientações propostas? Você usa alguma estratégia específica para essa população?
- Você conhece alguma ação de saúde específica para usuários refugiados sírios que esteja sendo desenvolvida em seu serviço? Caso sim, descreva.
- Você acha que seria necessária alguma atividade específica para eles? Explique.
- Tem alguma coisa que você gostaria de falar ou algum comentário a respeito da entrevista ou sobre o tema?

ANEXO B _ ROTEIRO DA ENTREVISTA COM USUÁRIOS REFUGIADOS SÍRIOS

1-Informações gerais

- Nome:
- Data de nascimento:
- Idade:
- Nacionalidade:
- Estado civil:
- Escolaridade:
- Profissão:
- Se está trabalhando agora, qual a atividade:
- Primeira língua:
- Outros idiomas:
- Caso compreenda e fale português, como aprendeu:
- Quando saiu de seu país:
- Motivo da saída:
- Quando chegou no Brasil_
- Veio com outras pessoas da sua família? Se sim, quem?
- Há quanto tempo você chegou no centro da cidade de São Paulo?
- Há instituições que te apoiam em São Paulo? Se sim, que e como?
- Descreva a trajetória percorrida desde que saiu de seu país e chegou à São Paulo?

2-Necessidades de saúde e demandas

- 1 - Quando estava em seu país, quais seus principais adoecimentos e como os manejava? Quais serviços de saúde utilizava?
- Estando agora em São Paulo, quais seus principais adoecimentos e como os maneja? Quais serviços de saúde utiliza?

- O que mais lhe preocupa a respeito de seus adoecimentos desde que chegou a São Paulo?
- O que você acha que está causando esses adoecimentos?
Como esses adoecimentos estão afetando o seu dia a dia?
- O que lhe ajudaria a lidar com esses adoecimentos?
- Há algum tratamento específico que gostaria de receber e/ou pensa em algum exame específico?
- Você já conversou sobre essas preocupações com o médico da Unidade? Se sim, explique.

3-Tecnologia em Saúde e Cuidado

- Como você cuida de sua saúde?
- O cuidado que você tem aqui em relação a sua saúde é diferente do que tinha em seu país? Explique
- Existem dificuldades para cuidar de sua saúde? Quais?
- Existem dificuldades para buscar atendimento médico na Unidade de Saúde do bairro onde mora? Quais?
- Na Unidade de Saúde do bairro, de quais atividades você participa (consultas médicas e de enfermagem agendadas ou na demanda espontânea, grupos na Unidade e na comunidade)?
- Na UBS há alguma atividade específica para usuários refugiados sírios?
- Quais as dificuldades e facilidades que encontra ao buscar atendimento médico na Unidade Básica. Explique
- Como se dá a adesão dos usuários refugiados aos tratamentos ou orientações propostas pelo médico?
- Tem alguma coisa que você gostaria de falar ou algum comentário a respeito da entrevista ou sobre o tema?

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) a conceder entrevista que será gravada e posteriormente transcrita e que fará parte de material que será utilizado para a dissertação de mestrado da entrevistadora, Marcia Ernani de Aguiar, junto ao Departamento de Medicina Preventiva da USP.

O tema da pesquisa será: “Prática médica e imigração: o caso dos refugiados na cidade de São Paulo”, que tem como objetivo principal compreender como se dá a equidade no acesso de refugiados sírios a serviços de atenção primária na região central da cidade de São Paulo, nos bairros da Sé.

O pesquisador se compromete em manter o sigilo sobre a identidade do entrevistado(a) no uso das informações dessa entrevista, resguardando seu nome e dados que possam eventualmente possibilitar sua identificação e que as informações concedidas não lhe acarretaram qualquer prejuízo pessoal.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo, inclusive no que se refere ao seu atendimento na Unidade de Saúde da Sé.

O Sr (a) poderá tirar qualquer dúvida ou realizar denúncia quanto às questões éticas, entrando em contato com a Comissão de Ética da Secretaria Municipal de Saúde- SP, localizada na rua General Jardim, nº 36, 8º andar _ tel. (11) 33972464 _e-mail _ smscep@gmail.com.

Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação.

O Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos.

Pesquisadora: Marcia Ernani de Aguiar

Tel. 36631099

marciaernani@uol.com.br

São Paulo, ____ de _____ de 20__

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

ANEXO D _ Aprovação do Comitê de Ética da CaPPesq

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PRÁTICA MÉDICA E IMIGRAÇÃO: O CASO DOS REFUGIADOS NA CIDADE DE SÃO PAULO

Pesquisador: André Mota

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 67834217.6.0000.0055

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.178.585

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto voltado a obtenção de título de doutorado e aborda a questão da equidade no acesso aos serviços de atenção primária à saúde entre refugiados sírios, angolanos, congoleses e haitianos na região central da cidade de São Paulo, nos bairros da Sé e República. Atualmente, os fluxos migratórios internacionais determinam mudanças sociopolíticas e econômicas, com repercussões globais e locais.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como se dá a equidade no acesso de refugiados sírios, angolanos, congoleses e haitianos a serviços de atenção primária na região central da cidade de São Paulo, nos bairros da Sé e República (Unidades Básicas de Saúde Sé e República), desenvolvendo essa discussão no campo da Saúde Coletiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo, entrevistas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem desenhada. Tendo como objeto de investigação a população de refugiados sírios, angolanos, congoleses e haitianos e seu uso dos serviços de atenção primária na cidade de São Paulo a pesquisa tem caráter qualitativo. Será desenvolvida por meio de entrevistas

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21ª andar sala 38

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.245-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep_fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.170.585

semiestruturadas, conduzidas a partir de um roteiro preestabelecido em função dos objetivos do estudo. Haverá roteiros diferenciados para usuários refugiados e médicos atuantes nos serviços de saúde em referência (região central da cidade).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado. Apresenta emenda incluindo a Secretária de Saúde como co-participante.

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_951637_E1.pdf	30/06/2017 17:58:26		Acelto
Outros	JUSTIFICATIVA_DA_EMENDA.pdf	30/06/2017 17:57:48	André Mota	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/06/2017 17:53:18	André Mota	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/06/2017 19:49:50	André Mota	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_DOUTORADO.pdf	02/05/2017 21:33:06	André Mota	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DocCepFmusp.pdf	02/05/2017 21:28:54	André Mota	Acelto
Outros	DocSMS_SP.pdf	02/05/2017 21:28:00	André Mota	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 38
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.245-903
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3593-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.178.585

SÃO PAULO, 19 de Julho de 2017

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Kolke Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21ª andar sala 35
Bairro: FACAEMBU CEP: 01.245-903
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3503-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO E _ Aprovação do Comitê de Ética da SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICA MÉDICA E IMIGRAÇÃO: O CASO DOS REFUGIADOS NA CIDADE DE SÃO PAULO

Pesquisador: André Mota

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67834217.6.3001.0086

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.204.025

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado do departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, que propõe uma pesquisa qualitativa, do tipo "bola de neve", em que serão entrevistados refugiados angolanos, sírios e congoleses e também médicos e gerentes das UBS da Sé e República, região central da cidade de São Paulo, que pertencem à Coordenadoria Regional de Saúde Centro (Secretaria Municipal de Saúde). O número de entrevistados dependerá do alcance da saturação das informações coletadas.

Serão utilizados roteiros de entrevistas específicos para os usuários refugiados, usuários componentes do conselho gestor das UBS, para os médicos e para os gerentes (da UBS e do conjunto de Unidades de Saúde da região da pesquisa).

Os roteiros das entrevistas contêm: Informações gerais; Necessidades de Saúde e Demandas; e Tecnologia em Saúde e Cuidado.

Os dados serão analisados por meio da análise de discurso.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Compreender como se dá a equidade no acesso de refugiados sírios, angolanos, congoleses e haitianos a serviços de atenção primária na região central da cidade de São Paulo, nos bairros da Sé e República (Unidades Básicas de Saúde Sé e República).

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 6º andar
Bairro: Vila Buarque CEP: 01223-010
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3387-2464 E-mail: amacep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.204.025

desenvolvendo essa discussão no campo da Saúde Coletiva.

ESPECÍFICOS

- 1) Descrever, de uma perspectiva histórica, os modelos de organização tecnológica praticada em saúde em São Paulo, sobretudo na região central da cidade, e sua relação com a imigração voluntária ou forçada, como é o caso dos refugiados.
- 2) Identificar e analisar, entre os usuários refugiados sírios, angolanos, congoleses e haitianos que utilizam a Unidade de Saúde, suas principais demandas e necessidades de saúde, e a forma como as manejam.
- 3) Identificar, do ponto de vista do profissional médico, quais as principais demandas e necessidades de saúde entre os usuários refugiados sírios, angolanos, congoleses e haitianos que utilizam a Unidade de Saúde, e como a Unidade as maneja.
- 4) Identificar as representações sociais e os discursos dos médicos relativos à figura do refugiado em si e, especificamente, sobre os usuários refugiados sírios, angolanos, congoleses e haitianos.
- 5) Identificar a realidade experienciada pelos refugiados sírios, angolanos, congoleses e haitianos com o sistema de saúde em seu país de origem, e seu nível de conhecimento sobre o sistema de saúde no Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, decorrentes do incômodo que alguns sentem ao serem entrevistados. Podem ser obtidos benefícios diretos, na medida em que o pesquisador, ao perceber que o participante (usuário) apresenta algum problema de saúde, pode ajudá-lo a conseguir o atendimento necessário. Também podem ser alcançados benefícios gerais, pois a revelação dos obstáculos e das facilidades que os refugiados encontram para acessar o SUS, pode permitir a minimização dos primeiros e a potenciação dos segundos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, bem embasada, bem elaborada e que poderá contribuir para a implementação de um cuidado mais adequado para usuários refugiados atendidos em serviços de atenção primária à saúde.

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas Instituição proponente e

Endereço: Rua General Jardim, 35 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3207-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: amacep@gmail.com

Continuação do Parecer 2.204/025

coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências abaixo relacionadas foram adequadamente atendidas e as respostas constam em documento anexado à PB identificado como "67834217".

1. Esclarecer se a coleta dos dados já foi iniciada visto que a data prevista é 17/02/2017. Se não, apresentar Cronograma atualizado.

2. Quanto ao TCLE:

a. redigir de forma clara, direta, objetiva e concisa, com linguagem adequada ao nível sociocultural do voluntário.(equidade, serviços de atenção primária)

Sugere-se que sejam realizadas entrevistas piloto, para verificar sua compreensão, por parte do participante;

b. esclarecer como se dará a participação do voluntário.

c. disponibilizar forma de contato com a pesquisadora para dúvidas quanto ao projeto. Fornecer fone celular.

d. esclarecer que o contato com o CEP/SMS é para dúvidas e denúncias quanto à questões éticas. (smscep@gmail.com / 11-33972464)

e. Inserir o compromisso do pesquisador em encaminhar os participantes que apresentem problemas de saúde para o atendimento adequado.

f. retificar a referência à Resolução nº 196/96, já revogada.

Projeto liberado para iniciar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.204.025

forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, Ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à Instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	JUSTIFICATIVA_DA_EMENDA.pdf	30/05/2017 17:57:48	André Mota	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	30/05/2017 17:53:18	André Mota	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_951637_E1.pdf	27/05/2017 19:52:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/05/2017 19:49:50	André Mota	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_DOUTORADO.pdf	02/05/2017 21:33:06	André Mota	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DocCepFmusp.pdf	02/05/2017 21:28:54	André Mota	Aceito
Outros	DocSMS_SP.pdf	02/05/2017 21:28:00	André Mota	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	04/04/2017 09:03:55	André Mota	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua General Jardim, 35 - 5º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3367-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: amcep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.204.025

SAO PAULO, 08 de Agosto de 2017

Assinado por:

SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 35 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3367-2484

CEP: 01.223-010

E-mail: smiscep@gmail.com