



Physis: Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

ISSN: 1809-4481

IMS-UERJ

Ferreira, Daniel Granada da Silva; Detoni, Priscila Pavan
Saúde e migrações no Sul do Brasil: demandas e perspectivas na educação em saúde
Physis: Revista de Saúde Coletiva, vol. 31, núm. 4, e310405, 2021
IMS-UERJ

DOI: <https://doi.org/10.7440/res64.2018.03>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400869816006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Saúde e migrações no Sul do Brasil: demandas e perspectivas na educação em saúde

I ¹ Daniel Granada da Silva Ferreira, ² Priscila Pavan Detoni I

Resumo: O artigo analisa o impacto dos recentes processos migratórios e sua relação com a formação em saúde. As relações entre mobilidade humana e os processos de saúde e adoecimento estão na ordem do dia dos debates internacionais. O objetivo deste artigo é discutir o papel das políticas de saúde no Brasil e suas relações com o acolhimento de imigrantes, especialmente no que se refere ao entendimento das necessidades de investir em formação na área da saúde para que ela se adapte a essa realidade. O estudo foi realizado na região do Vale do Taquari, Rio Grande do Sul, tendo como sujeitos imigrantes majoritariamente haitianos que ali se estabeleceram entre 2012 e 2016. Os resultados apontam para a necessidade de desnaturalizar a doença associada ao corpo de imigrantes as representações das migrações como vetores de adoecimento, bem como de incluir no programa dos cursos da área da saúde temas sobre mobilidade humana e seus impactos visando a melhoria do acolhimento. Apresentam-se também as dificuldades de oferecer um serviço adequado aos novos imigrantes em um contexto de serviços de saúde precários para as populações locais. Esse debate deve ser seriamente considerado nas discussões para formação em saúde.

► **Palavras-chave:** Mobilidade humana; Educação em saúde; Relações de gênero e migrações; Qualidade de vida; Políticas públicas.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Curitibanos - SC, Brasil (daniel.granada@ufsc.br).
ORCID: 0000-0003-0193-5679

² Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo - RS, Brasil (ppavandetoni@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-7436-2229

Recebido em: 11/12/2019
Aprovado em: 03/03/2020
Revisado em: 11/10/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310405>

“Não se pode escrever inocentemente sobre a imigração e sobre os imigrantes; não se pode escrever sem se perguntar o que significa escrever sobre esse objeto, ou, o que é o mesmo, sem interrogar-se acerca do estatuto social e científico desse mesmo objeto. Objeto esse social e politicamente (ou nacionalmente) sobredeterminado, e duplamente sobredeterminado, na medida em que concerne a uma população social e politicamente dominada - a ciência do ‘pobre’, seria uma ciência ‘pequena’?” (Sayad, 1998, p. 21)

O contexto das novas migrações para a América Latina

O fenômeno da mobilidade humana é complexo e multifacetado, incluindo desde deslocamentos voluntários até exílios forçados. Em alguns países, existem políticas de facilitação da circulação de trabalhadores, enquanto em outros migrar é uma tarefa altamente arriscada, se não impossível, (GRANADA et al., 2017), em que os indivíduos e suas famílias se veem expostos a rotas incertas e explorações das mais diversas, nas mãos de coiotos e outros que se aproveitam de sua precariedade.

Ao mesmo tempo, também há migrações de profissionais altamente qualificados, em certos casos impulsionados por políticas governamentais ou por acordos com organizações para migrações de trabalho. É o caso dos médicos cubanos que, até pouco tempo, ocupavam postos de trabalho em locais remotos do país onde a carência de profissionais médicos é constante.

Iniciativas direcionadas a uma melhor resposta dos Estados Nacionais às questões alusivas às relações complexas entre saúde e migrações têm sido cada vez mais debatidas. De modo geral, há documentos que apontam para a necessidade de ações estratégicas no combate à xenofobia e para os benefícios das migrações aos países de instalação dos imigrantes.

Um desses documentos é o *Promoting the health of refugees and migrants*, de dezembro de 2018, que consiste em um plano de ação global da Organização Mundial de Saúde (WHO) para proteger a saúde dos refugiados e imigrantes, compreendendo o período de 2019 a 2023. Ele traz como princípio orientador a promoção da saúde de refugiados e imigrantes através dos instrumentos e resoluções existentes, tais como a Declaração de Nova Iorque para Refugiados e Imigrantes e demais relatórios sobre análise da situação e práticas que buscam o encaminhamento das necessidades de saúde dos imigrantes¹.

Para isso, estabelece uma lista de seis prioridades, cada qual com objetivos e pontos chave de ação a serem trabalhados. Entre elas, a prioridade 5 diz respeito à melhoria das estratégias de comunicação contra a xenofobia. Dentre as ações-chave previstas, encontra-se a realização de ações na mídia de massa e esforços de educação pública no setor de saúde para dar suporte e promover a ampla participação junto à população, governo e outros setores envolvidos (WHO, 2018, p. 10).

Outro documento importante é o relatório recente da Comissão de Migração e Saúde da revista científica *The Lancet*, uma das publicações de maior impacto em temáticas sobre saúde global, realizado com a participação de diversos pesquisadores em temáticas de saúde e mobilidade humana de diferentes países, coloca em destaque as migrações como uma realidade global, estimando em um bilhão o número de pessoas que se deslocaram em 2018. O documento da *The Lancet* consiste em um relatório que busca chamar à ação a sociedade civil, os líderes de saúde, os acadêmicos e os promotores de políticas públicas, com o objetivo de maximizar os benefícios e mitigar os custos das migrações na saúde, tanto local quanto globalmente. O relatório identifica cinco amplos objetivos, demonstrando, em primeiro lugar, que a contribuição dos migrantes para a saúde e bem-estar das sociedades de instalação é maior do que seus custos (ABUBAKAR et al., 2018).

Esse documento revela que a saúde das pessoas que imigram depende amplamente de fatores estruturais e políticos que determinam a vontade de migrar, as condições das trajetórias, bem como os países para os quais se destinam. Essas condições podem ser agravadas por questões relacionadas às desigualdades nas relações raciais, de gênero, exclusão ou dificuldade de acesso à moradia, à alimentação e às políticas públicas, o que pode causar impacto negativo sobre a saúde dos imigrantes. Assinala, ainda, que apesar dos evidentes benefícios das migrações para as sociedades de instalação, as preocupações relacionadas à soberania e aos problemas de segurança acabam por torná-los obscuros (ABUBAKAR et al., 2018, p. 2606-2607).

Os autores defendem que o racismo e o preconceito devem ser enfrentados com uma política de tolerância zero. Os líderes políticos devem ter responsabilidade legal, social e política para se oporem à xenofobia e ao racismo que afetam, por meio do preconceito e da exclusão direcionado às populações migrantes. Nesse sentido, o relatório ressalta a importância do fortalecimento das redes de profissionais de saúde e de organizações de prevenção ao racismo e a necessidade de treinamento regular dos profissionais envolvidos, através do credenciamento, oferecimento

de cursos de formação e educação continuada, cabendo às organizações da sociedade civil liderar esses esforços para garantir a implementação dessas ações (ABUBAKAR et al., 2018, p. 2606).

No mesmo sentido, o Relatório Mundial das Migrações de 2020 (*World Migration Report*), publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU), dedica um capítulo à temática da saúde e migrações. Neste capítulo, os autores analisam quatro aspectos centrais na temática: a saúde dos migrantes; os meios em que as migrações afetam a saúde das populações (saúde pública); a resposta dos sistemas de saúde e a governança global da saúde e migrações. Eles identificam temas-chave no debate sobre saúde e migrações, assinalando a importância da compreensão a respeito da atuação dos determinantes sociais de saúde no processo migratório. Para isso, dividem o processo migratório em quatro fases, detalhando os riscos e dificuldades encontradas pelos migrantes em cada uma delas: fase pré-migratória, fase do movimento, fase da chegada e integração e fase do retorno (VEAREY; HUI; WICKRAMAGE, 2019). Em cada uma dessas fases existem especificidades que atuam sobre os fatores transversais, como gênero, idade, status socioeconômico e sobre os fatores genéticos, que podem receber influências positivas ou negativas sobre a saúde dos indivíduos.

Sobre a governança global, Vearey, Hui e Wickramage (2019, p. 223) citam as diversas agendas que têm sido elaboradas nos últimos anos, identificando objetivos no campo da governança, desenvolvimento e governança em saúde global²: “*the Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration; the Global Compact on Refugees; the Sustainable Development Goals (SDGs); UHC; World Health Assembly processes; disease prevention and control programmes (including for malaria, HIV and TB); and the Global Health Security Agenda*”.

Os autores chegam a conclusões relevantes, acentuando a importância do investimento em saúde da população migrante como forma de suporte ao desenvolvimento social e econômico. Afirmam que boas condições de saúde são pré-requisitos fundamentais para a otimização dos benefícios das migrações, indicando que para alcançá-la faz-se necessário investir em pesquisas, a fim de compreender os quatro aspectos-chave associados às migrações: saúde dos migrantes, saúde pública, resposta dos sistemas de saúde e governança global. Citam, ainda, que é preciso envolver as organizações internacionais e a academia nessas pesquisas, para que assim sejam desenvolvidos novos sistemas de monitoramento que busquem a melhoria das respostas globais às questões de saúde e migrações.

Os três documentos acima citados - da WHO, da The Lancet e da ONU - destacam a necessidade de serem postas em prática políticas de saúde que assegurem a proteção à saúde de imigrantes e refugiados, reconhecendo a maior fragilidade desta população no acesso aos serviços de saúde. Neles, ressalta-se a importância da ação sobre os determinantes sociais de saúde, das estratégias de educação em saúde, bem como da desmistificação das migrações com campanhas contra a xenofobia.

Este artigo, portanto, busca contribuir com esse debate, apresentando as conjunturas e especificidades da região sul do Brasil. Trata-se de um esforço no sentido de abordar as relações entre migração e saúde na América Latina contemporânea, trazendo à tona as discussões sobre a importância da formação adequada de profissionais nas áreas de saúde, educação e assistência social, para que estejam aptos a acolher um contexto de intensa circulação de pessoas e suas demandas específicas. Portanto, o foco deste estudo é a compreensão do papel das políticas de saúde no Brasil com relação ao acolhimento de imigrantes, especialmente no que se refere ao entendimento das necessidades de investir em formação na área da saúde para que se adapte a essa realidade. A partir do caso da migração haitiana em cidades de médio porte do interior do Rio Grande do Sul, exploramos as relações com a formação em saúde e o papel de estudantes e professores no acolhimento desses imigrantes.

Considerações metodológicas

Através da participação em uma pesquisa que analisou a situação de saúde da população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o acompanhamento da implantação do e-SUS, entre os anos de 2013 e 2016, no Vale do Taquari, região central do Rio Grande do Sul, constatou-se que as Agentes de Saúde Comunitárias (ACS) foram as primeiras a identificar a presença de imigrantes, principalmente haitianos, na região (GRANADA et al., 2017; CARRENO et al., 2015).

Com relação à metodologia, utilizou-se abordagem multimétodo, com entrevistas semi-estruturadas com os gestores municipais e grupos focais com as ACS de seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) que contemplam a Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Lajeado/RS, porque essa técnica demonstrou-se mais produtiva na obtenção de informações das ACS, uma vez que se sentiam mais confortáveis para falar sobre suas atividades de trabalho. Também

realizamos observação participante acompanhando as ACS em alguns domicílios de imigrantes. Empregamos igualmente o método etnográfico (STRATHERN, 1995) e a etnografia multisituada (MARCUS, 1995; 2002), frequentando locais de sociabilidade dos imigrantes, como festas (particularmente a festa do Dia da Bandeira celebrada no 18 de maio, no caso dos haitianos no município de Encantado/RS), congregações e celebrações religiosas e atividades organizadas por associações em prol dos imigrantes, utilizando a ferramenta do diário de campo e visando a interlocução de promoção em saúde, junto à formação de estudantes dos cursos de saúde da Universidade do Vale do Taquari (Univates).

Uma trajetória de pesquisa em promoção da saúde suscita indagações e reflexões de cunho teórico-metodológico nada estanques, porque partem do pressuposto de que o conjunto de práticas de promoção da saúde no campo estudado, desde uma perspectiva crítica, pode melhorar a participação dos sujeitos envolvidos, sejam profissionais, estudantes e professores. Desta forma, buscou-se articular mecanismos de ação em favor ao diálogo e interação com práticas promotoras de saúde (MENDES et al., 2016).

Nesta ótica, pesquisadores e sujeitos encontram-se situados num determinado tempo e espaço e aproximam-se através de um processo dialógico no qual perguntas e respostas estão permanentemente abertas a negociações. Portanto, a pesquisa foi baseada em conversas informais a respeito de suas percepções sobre a recepção e o cuidado em saúde da população local aos imigrantes. Todas essas metodologias empregadas produziram uma densidade variável de dados e níveis de análise, igualmente multiformes, como transparece ao longo do texto. Se de acordo com o paradigma clássico a densidade era considerada uma virtude e a superficialidade das informações deveria ser evitada, no modelo multisituado a densidade ou superficialidade dos dados se torna elemento-chave da análise e deve ser levada em conta (MARCUS, 2002).

Em seguida, a pesquisa bibliográfica acompanhou o aprofundamento e as necessidades da pesquisa ao longo do tempo. Inicialmente, houve aproximação de uma literatura que abordava imigração, diásporas e transnacionalismo para, a seguir, aprofundar-se nas relações entre saúde e processos migratórios. Deste trabalho de aprofundamento teórico para enquadramento da pesquisa de campo, resultaram algumas publicações cujas reflexões permeiam este artigo. O resultado aqui apresentado preenche a necessidade de consolidar as ações realizadas com aos estudantes como forma de registro e reflexão com vistas ao debate.

Migrações contemporâneas nas Américas e as consequências ao Sul

Nos últimos tempos, assistimos perplexos aos novos rumos estigmatizantes e violadores da política migratória nos Estados Unidos (EUA). Medidas como as restrições impostas à vinda de pessoas de países muçulmanos, a autorização para a construção de um muro na divisa com o México, as declarações preconceituosas sobre os países africanos e latino-americanos e a imoral separação de filhos e pais colocam novos e assustadores desdobramentos no debate contemporâneo sobre migrações. Com Trump, as restrições, sejam de cunho religioso ou “étnico-racial”, se tornam mais evidentes do que nunca e tensionam ainda mais o debate sobre acolhimento às populações migrantes, acentuando a exclusão daqueles já instalados no país, retomando a pauta da intolerância, estigmatização e segregação nos processos migratórios³.

Entre as medidas tomadas pelo governo Trump, podem-se destacar as seguintes: proibição de entrada nos EUA para oito nacionalidades de países, em sua maioria de religião muçulmana; redução ao mais baixo nível do número de admissões de refugiados desde que o programa de reassentamento foi criado, em 1980; cancelamento do programa *Deferred Action for Childhood Arrivals* (DACA), que fornece autorização de trabalho e protege temporariamente da deportação aproximadamente 690.000 imigrantes não autorizados levados aos EUA quando crianças; fim da concessão do status de protegido temporário para nacionais do Haiti, Nicarágua e Sudão, além da sinalização de que hondurenhos e salvadorenhos também poderiam perder a autorização de trabalho e proteção contra a deportação em 2018 (PIERCE; SELEE, 2017).

A partir desses desdobramentos, questionamos as implicações dessa nova política migratória dos Estados Unidos para os países da América do Sul, e qual o papel do Brasil nesse novo quadro, em um contexto socioeconômico que se degrada em função da crise econômica e política.

No caso da América Latina, nas últimas décadas têm sido assinaladas mudanças de padrões que indicam três eixos de transformações no debate sobre migrações na região: a busca de entendimento mais adequado a respeito das consequências da emigração e a preocupação com aquelas pessoas que decidem deixar os países de origem; o papel e as consequências do envio de fundos aos países de origem e destino

dos migrantes e, finalmente, mas não menos importante, a presença constante e crescente das mulheres nos fluxos migratórios contemporâneos com a consequente inclusão das questões de gênero e direitos humanos no debate (PIZARRO, 2003, p. 11). Com relação às políticas migratórias no Mercosul, remarca-se ainda a grande influência das questões econômicas, bem como das situações conjunturais e políticas no favorecimento de novos fluxos e configurações de mercados laborais. Também se assinala a importância da maior proporção de pessoas em idade produtiva e a incorporação das mulheres nessas dinâmicas (LÓPEZ, 2010, p. 18).

Políticas de saúde no Brasil e suas relações com as migrações

No contexto latino-americano, onde as desigualdades sociais nos relegam à posição de região mais desigual do mundo, e cujos problemas sociais ligados à iniquidade na distribuição de renda provocam consequentemente disparidades em saúde levantando questões sobre o acesso aos serviços de saúde (KLIKSBURG, 2010, p. 142), a presença dos novos contingentes de migrantes acaba por contribuir com o agravamento desse quadro, demonstrando as fragilidades do sistema público de saúde em atender de modo satisfatório aos usuários, fato que se acentua no caso dos estrangeiros.

No Brasil, país em que o sistema de saúde possui um projeto ambicioso, mas que frequentemente faltam recursos para o atendimento das populações locais, a chegada dos novos imigrantes, principalmente a partir de 2010, coloca novas problemáticas para as políticas de atenção à saúde e formação de profissionais capacitados para o enfrentamento das novas demandas desses imigrantes. Para pensar as relações entre saúde e migrações no Brasil, é preciso compreender que não se trata de um fenômeno histórico que, desde pelo menos meados do século XIX, faz parte do debate no país (GRANADA et al., 2017). A vinda de imigrantes europeus, no século XIX, com o intuito de substituir a mão de obra escrava negra africana nas lavouras do país e proporcionar a mistura das populações locais com os imigrantes europeus brancos já traduzia a preocupação das elites com a viabilidade étnica do país e o consequente embranquecimento das populações locais (SCHWARCZ, 1995; SKIDMORE, 1999; SEYFERTH, 1996, 2000; MAIO, 2010; RAMOS, MAIO, 2010).

As políticas de saúde, desde o século XIX, modificaram-se de acordo com a população que deveria ser atendida. Estudos demonstram que doenças como a

tuberculose e a varíola, que atingiram majoritariamente pessoas negras, recebiam atenção diferenciada das autoridades em comparação a enfermidades como a febre amarela, que atingia sobretudo brancos imigrantes, tendo como consequência macular a imagem do país no exterior (CHALHOUB, 1993). Assim, as políticas de saúde e as políticas de imigração apresentam relações que merecem ser exploradas. Para pensar saúde e migrações no Brasil na atualidade, é necessário contextualizar o desenvolvimento do sistema de saúde, tanto a constituição dos modelos de atenção à saúde no país como as políticas de formação dos profissionais de saúde.

O sistema de saúde no Brasil foi caracterizado pela existência do modelo médico hegemônico desde o início do século XX. Esse modelo apresenta como traços fundamentais as seguintes características: 1) individualismo; 2) saúde/doença como mercadoria; 3) ênfase no biologismo; 4) a-historicidade da prática médica; 5) medicalização dos problemas; 6) privilégio da medicina curativa; 7) estímulo ao consumismo médico; 8) participação passiva e subordinada dos consumidores (MENÉNDEZ, 1992 apud PAIM, 2012). Sua versão mais conhecida é modelo médico assistencial privatista, centrado na clínica e voltado para o atendimento da demanda espontânea e os serviços especializados. Tal modelo encontra seus fundamentos na chamada medicina flexneriana, reforma médica operada nos Estados Unidos a partir do relatório Flexner, em 1911, que influenciou historicamente a educação e a prática médica no Brasil (PAIM, 2012). As principais características da medicina flexneriana são a ênfase na atenção médica individual, secundarizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças; a organização da assistência médica em especialidades; a valorização do ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial; a educação médica, separando as disciplinas do ciclo básico (anatomia, bioquímica, fisiologia, bacteriologia etc.) e profissional, sendo este realizado nos hospitais de ensino (PAIM, 2012).

O período entre 1964 e 1990 representa um momento de grande mudança para as políticas de saúde no Brasil. O endurecimento do cenário político nacional com o golpe militar de 1964, paradoxalmente, criou um cenário que possibilitou repensar as políticas de saúde no país. Foi nesse contexto de repressão que começam a surgir as primeiras ideias sobre uma reforma sanitária. O cenário internacional também teve influência, principalmente a partir dos anos 1970 quando ocorreu a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão. A declaração de Alma-Ata se tornou um texto emblemático, em que se propõe um

novo modelo assistencial com ênfase na prevenção em saúde e desenvolvimento humano (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012).

O movimento da Reforma Sanitária, segundo Paim (2008), se caracteriza como uma reforma social centrada na democratização da saúde, do Estado e da sociedade, constituindo-se em um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia no Brasil. Uma das consequências desse movimento é a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) que, por meio da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), afirma o dever do Estado de garantir os direitos do cidadão brasileiro e estrangeiro aos pressupostos da universalização, descentralização, integralidade e participação social. Dessa forma, garante o direito de acesso aos serviços de saúde e o estabelecimento das condições políticas, sociais e ambientais necessárias para a promoção da saúde e a qualidade de vida da população (BRASIL, 1988).

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), com o intuito de aproximar os profissionais de saúde da comunidade. Em 2006, o MS reorganizou a Atenção Básica, estabelecendo o PSF como Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o PACS como Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (BRASIL, 2006). A ESF surgiu para fortalecer a aproximação dos serviços de saúde com a população, juntamente com a EACS, em que as Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na maioria trabalhadoras mulheres, acompanham as famílias e os indivíduos que a compõem. As ACS cadastram e registram o acompanhamento das famílias e indivíduos utilizando fichas nacionais padronizadas pelo MS. Para gerenciamento dessas informações, em 1998 o Departamento de Informações de Saúde (DATASUS) desenvolveu o Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB) (CARRENO et al., 2015).

No caso do Brasil, apesar de as políticas públicas de saúde possuírem um escopo geral na forma de organização do sistema e no cuidado relativo à atenção à saúde da população, existem políticas de assistência direcionadas aos refugiados que contemplam questões de acesso às políticas sociais públicas. Em relação às políticas de saúde e de assistência social, segundo a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), todos os estrangeiros que se encontram no Brasil têm garantido o direito de atendimento nos serviços públicos em hospitais públicos e serviços de média e baixa complexidade, contemplando também a atenção psicossocial.

De acordo com a quarta edição da publicação Refúgio em Números (BRASIL, 2019), o número total de refugiados reconhecidos no Brasil, até dezembro de 2018, é de 11.231; em 2017, eram 10.145, em 2018 o Comitê Nacional para os Refugiados (Conare) contabiliza um total de 1.086 pessoas reconhecidas, contra 587 em 2017. Segundo o Comitê, o Brasil recebeu, no total, 80 mil solicitações de refúgio em 2018, um aumento de 240% em relação a 2017. Destas solicitações, 61.681 foram formalizadas por venezuelanos.

O Conare destinava, anualmente, verba concedida pelo Governo Federal a um programa de saúde mental para solicitantes. Da mesma forma, o Ministério da Saúde e o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro criaram o primeiro Centro de Referência para a Saúde dos Refugiados, com funcionários do SUS sendo capacitados para oferecer um atendimento qualificado aos refugiados, através da verba destinada pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. Essa verba se destinava à compra de medicamentos às Organizações Não Governamentais (ONGs) (BÓGUS; RODRIGUES, 2011).

Contudo, esse programa não está mais em operação. Atualmente, o atendimento a refugiados no Rio de Janeiro é realizado através do SISREG, que é um sistema informatizado e on-line, visando maior controle para usuários, médicos e Governo Federal sobre as consultas marcadas no SUS. Segundo verificação realizada junto ao Hospital dos Servidores Federais do Rio de Janeiro, os refugiados, assim como os demais usuários do SUS, devem acessar o sistema e dirigir-se a uma das (ESF) para, se necessário, serem encaminhados para os atendimentos de média e alta complexidade⁴.

Uma matéria do jornal Folha de São Paulo intitulada “Rio de Janeiro tem atendimento humanizado de saúde a refugiados”, de 25 de agosto de 2018, aborda a experiência do atendimento em saúde no município para esta população, ressaltando o papel da Cáritas na atenção aos refugiados. Há uma parceria entre a Secretaria de Saúde do Município do Rio e a Cáritas, por meio do Programa de Atendimento a Refugiados e Solicitantes de Refúgio, que, segundo a reportagem, atende a milhares de estrangeiros. Através deste programa, são realizadas campanhas de informação para médicos, enfermeiros e gestores que trabalham nos pontos de acolhimento. Esses profissionais recebem materiais informativos e participam de debates e palestras sobre as diferenças culturais e questões de saúde específicas dos países de origem dos pacientes (OLIVEIRA; JANES, 2018)⁵.

A formação do sistema de saúde no Brasil, apesar do ambicioso projeto do SUS e das políticas de assistência à saúde que não excluem os imigrantes, ainda mostram deficiências para o oferecimento de uma atenção adequada. Desse modo, analisamos, a seguir, o processo de chegada de imigrantes haitianos no país e sua inserção no Vale do Taquari, região central do Rio Grande do Sul, a partir dos acessos e dos entraves encontrados na interlocução das políticas sociais públicas. Destacamos as políticas de saúde e de assistência social promovidas pelo SUS (BRASIL, 1990) e pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2005) e sua relação com projetos de pesquisas e extensão da universidade em que se desenvolveu o projeto, a Universidade do Vale do Taquari - Univates.

Imigração e formação de estudantes

O fluxo de haitianos para o Brasil se deu dentro da realidade da dispersão histórica do povo haitiano, que ocorre de maneira intensa desde a segunda metade do século XX, tornando-se um fenômeno estrutural a partir dos anos 1960 (AUDEBERT, 2012). Apesar de serem números aproximados, calcula-se que a população haitiana residindo no exterior representem em torno de 20% da população total do país (AUDEBERT, 2012, p. 9).

O caso da imigração haitiana no Vale do Taquari vem sendo acompanhado desde 2012, quando uma parcela da população haitiana que se encontrava no Acre começou a ser recrutada por empresas de produtos alimentícios, para realizar abate e beneficiamento de frangos e suínos, e também por empresas do ramo da construção civil, que vinham enfrentando o problema da falta de mão de obra para atuar nos serviços vistos como mais pesados e com menor remuneração.

A imigração de haitianos para o Vale do Taquari apresenta certas especificidades já amplamente discutidas em outros trabalhos (FERREIRA, 2018; GRANADA, DETONI, 2017; GRANADA, PINHEIRO, 2018). A principal delas é o fato de essa população ter sido recrutada e ter vindo com uma oferta de trabalho já existente no local. O primeiro grupo, em torno de 50 imigrantes, chegou ao final de 2012 para trabalhar na cooperativa de alimentos do município de Encantado. De maneira concomitante, a imprensa regional começou a noticiar a vinda de haitianos para trabalhar em empresas da construção civil. Calcula-se que em torno de 300 imigrantes foram trazidos para o ginásio em razão da grande cheia do Rio Taquari

de 2015 que deixou centenas de desabrigados no município, além de haitianos, bengaleses, senegaleses e ganenses.

Em 2015, havia cerca de 600 haitianos em Encantado, uma cidade de um pouco mais de 20 mil habitantes (IBGE, 2010), e estima-se que um número semelhante estivesse instalado na cidade vizinha, Lajeado, de 78 mil habitantes. Os números são aproximados, pois o fluxo e a circulação de indivíduos é permanente: muitos continuam chegando, não mais através da empresa de alimentos, mas sim por meio das redes sociais de contato com amigos e familiares, com recursos próprios ou com o auxílio dos que já se encontram instalados, por indicação de parentes e/ou conhecidos previamente assentados nos respectivos municípios. Por outro lado, no período mais recente, em função da crise econômica, muitos deles têm optado por “remigrar” para outros países (KENNETH; VANDERKAMP, 1986).

O caso dos haitianos da região não difere do perfil encontrado nacionalmente e a migração pode ser entendida como um determinante social de saúde que afeta as múltiplas dimensões da vida desses indivíduos (GRANADA et al., 2017). Em 2014, a média salarial nacional dos imigrantes haitianos era de R\$ 988,00, um salário mínimo brasileiro (CAVALCANTI, 2016, p. 238). Esse dado demonstra que eles se inserem no grupo de trabalhadores de baixa qualificação, atuando na construção civil e em frigoríficos da região, o que potencializa as precariedades oriundas da condição de imigrante. Ou seja, além de terem baixos salários, os haitianos são vítimas de preconceito, discriminação, fracos laços sociais no local de acolhimento e dificuldade de domínio da língua portuguesa. No caso das mulheres, somam-se as dificuldades de encontrar um trabalho porque sofrem discriminação dos empregadores, sendo que alguns as acusam, por exemplo, de engravidarem tão logo tenham acesso a um posto de trabalho.

Homens e mulheres sofrem com a falta e a preocupação com os parentes que ficaram no país de origem e com a impotência gerada pela impossibilidade de enviar-lhes recursos. Muitos deixam seus familiares próximos, inclusive esposas, maridos e filhos, na busca de uma melhor condição de vida, o que gera sofrimento psicológico. No caso dos haitianos e das haitianas, as observações de Massey (2013) possuem grande pertinência, quando afirma que a imigração é um projeto da família ou do casal. Frequentemente, a inserção de um membro da família no circuito migratório é fruto de um esforço coletivo, em que diversos familiares

colaboram financeiramente para sua realização, na expectativa de retribuição uma vez o emigrante instalado em seu novo país.

Com a evidente presença dos haitianos e demais nacionalidades na região, o desafio era sensibilizar os estudantes para essa realidade. A relação dos estudantes da universidade com os novos imigrantes da região ocorria nas próprias instalações da instituição, seja através de eventos realizados; de disciplinas em que professores convidaram imigrantes para falar sobre sua realidade; do programa de rádio Haiti Cultural, que foi ao ar aos sábados pela manhã entre os anos de 2015 e 2016, realizado por imigrantes haitianos; ou ainda nos cursos de língua portuguesa oferecidos pelo curso de Letras com professores voluntários; através dos projetos de extensão como o Projeto de Ações Interdisciplinares de Cuidado em Saúde, que realizava visitas domiciliares com estudantes e professores em um dos bairros da cidade, bem como através da inserção dos estudantes de medicina que realizavam, desde as fases iniciais do curso, as visitas domiciliares acompanhando as Agentes Comunitárias de Saúde em alguns bairros da cidade.

O ensino-aprendizagem na área técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não deveria ganhar o status de seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de pensamento (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Assim, a inserção dos estudantes em campo constitui-se em estratégia para a modificação curricular, aproximando os estudantes da vida cotidiana das pessoas e propiciando, dessa forma, o desenvolvimento de um olhar crítico, reflexivo e humanizado, pautado pela compreensão da realidade em que elas estão inseridas. O processo de mudança na educação traz inúmeros desafios, entre os quais romper com estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e, ainda, o de formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam uma atuação interdisciplinar e integral, com vistas a recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos.

Por isso, as diretrizes para a formação de alunos, principalmente na área da saúde, precisam se atentar aos fenômenos da mobilidade humana e às precariedades de vida junto às condições locais de acolhimento, perpassadas pelas interseções de preconceitos relacionados à cor da pele, origem nacional e gênero que tornam os imigrantes mais expostos e vulneráveis às doenças. É preciso que os sistemas oficiais de saúde, bem como as escolas de saúde levem em conta os diversos sistemas

culturais de saúde (LANGDON; WIKI, 2010) que entram em contato no contexto contemporâneo de intensa mobilidade humana.

Considerações finais

No caso das migrações contemporâneas, a estigmatização dos imigrantes passa por uma caracterização de seus corpos como corpos precários, decadentes, fora de seus lugares. Corpos que nos países desenvolvidos demonstram a miséria de um mundo cujas fronteiras não dão mais conta de manter os indesejáveis do lado de fora, longe de suas portas (GRANADA; DETONI, 2017; 2018).

Desse modo, identificando o imigrante como um corpo “fora do lugar”, se estigmatiza sua presença como possível vetor e transmissor de doenças. Nesse contexto, a experiência localizada dos alunos da área da saúde da região do Vale do Taquari no Sul do Brasil, com as ACS e migrantes, está dentro de uma rede em que interagem atores diversos, e na qual precisamos discutir com profundidade a equação sujeito/objeto do conhecimento e quais são os compromissos éticos e profissionais diante de uma subjetividade cada vez mais marcada por uma referência que não separa a dimensão da atenção à saúde do econômico e do social (ROHDEN, 2012). Afinal, a crítica ao nacionalismo metodológico nos leva a estar atentos para evitarmos a atribuição de graus diferenciados de humanidade demarcados pela “invenção” ou “imaginação” de uma nacionalidade do país de origem (GELLNER, 1989; ANDERSON, 1991), como se esta nacionalidade existisse como uma essência que atribuiria características diferenciadas aos sujeitos, divididos arbitrariamente entre mais ou menos legítimos à atenção e ao cuidado.

Sinalizamos para a importância de que sejam incluídos nos currículos dos cursos da área da saúde e educação temáticas voltadas para a sensibilização à mobilidade humana e suas múltiplas consequências, tanto nas sociedades de origem quanto nos países de destino, colocando em relevo o combate ao racismo e à xenofobia, bem como ressaltando a necessidade de que sejam reforçadas temáticas já abordadas nos currículos da saúde, como humanização e respeito às diferenças em relação a gênero, sexualidade, cultura e etnia.

Paralelamente, é necessário assinalar que as propostas de extensão nas universidades, com a oferta de cursos de língua portuguesa para não brasileiros, semanas gastronômicas, jornadas de atenção à saúde, informações e orientações sobre direitos dos imigrantes e refugiados, atividades culturais diversas e eventos

que busquem integrar os imigrantes no ambiente universitário, em conjunto com políticas de acesso e permanência nas instituições de ensino superior, podem e têm contribuído de maneira considerável tanto para a proteção dos imigrantes quanto para a melhor integração na sociedade de instalação.

Por conseguinte, é necessário e urgente compreender as implicações para a formação em saúde no contexto da mobilidade humana, integrando os debates globais sobre a migração nos cuidados de saúde e desnaturalizando, assim, as patologias de importação (FASSIN, 2000). É imperativa a incorporação de perspectiva da interseccionalidade e do reconhecimento da alteridade para entender o processo dinâmico de saúde e migração, a promoção necessária de acesso equitativo à saúde, a prevenção de discriminação, a expansão de políticas públicas, o treinamento adequado de profissionais e de oferta de serviços de saúde adequados aos migrantes.

Referências

- ABUBAKAR, I. et al. The UCL - Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*, v. 392, n. 10164, p. 2606-54, 15 dez. 2018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)
- ANDERSON, B. R. O'G. *Imagined communities: reflections on the origin and spread of nationalism*. London: Verso, 1991.
- AUDEBERT, C. *La diaspora haïtienne: territoires migratoires et réseaux transnationaux*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2012.
- BÓGUS, L. M. M.; RODRIGUES, V. M. Os refugiados e as políticas de proteção e acolhimento no Brasil: história e perspectivas. *Dimensões*, v. 27, p. 101-114, 2011.
- BRASIL. *Constituição Federal (1988)*. Dispõe sobre a Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Diário Oficial da República Federativa da União, Brasília, 1988.
- BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
- BRASIL, *PORTARIA Nº 750, DE 10 DE OUTUBRO DE 2006*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2006/prt0750_10_10_2006_comp.html
- BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. *Refúgio em números*. 4. ed. 2019. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/07/Refugio-em-nu%CC%81meros_versa%CC%83o-23-de-julho-002.pdf. Acesso em: 6 fev. 2020

BRASIL. *Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf.

CARRENO, I. et al. . Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 947-956, mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.17002013>.

CAVALCANTI, L. Novos fluxos migratórios: haitianos, senegaleses e ganeenses no mercado de trabalho brasileiro. In: GEDIEL, J. A. P.; GODOY, G. G. de (orgs.). *Refúgio e hospitalidade*. Curitiba: Kairós Edições, 2016.

CHALHOUB, S. The politics of disease control: yellow fever and race in nineteenth century Rio de Janeiro. *Journal of Latin American Studies*, v. 25, n. 3, p. 441-63, 1993.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.) *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. p. 885-910.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

GELLNER, E. *Nations et nationalism*. Paris: Payot, 1989.

GRANADA, D. et al. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface (Botucatu) [online]*, v. 21, n. 61, p. 285-296, 2017.

FASSIN, D. *Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration*. *Hommes et Sociétés*, n° 1225, mai-juin, 2000, 5-12.

FERREIRA, D. Negritude e diferença no caso da imigração haitiana no sul do Brasil. *Périplos: Revista de Estudos sobre Migrações*, v. 1, n. 1, p. 118-125, 31 jan. 2018.

GRANADA, D; DETONI, P. Corpos fora do lugar: saúde e migrações no caso dos haitianos no sul do Brasil. *Temáticas*, Campinas, n. 49/50, p. 115-138, 2017.

GRANADA, D; DETONI, P. Fluxos migratórios internacionais na América Latina. In: SILVEIRA, C. et al. *Migração, refúgio e saúde*. Santos,SP: Editora Universitária Leopoldianum, p. 97 - 112, 2018.

GRANADA, D.; PINHEIRO, F. S. Migrações contemporâneas: relações de trabalho e direitos humanos no caso dos haitianos no sul do Brasil. In: MEJÍA, M. G.. (org.). *Migrações e direitos humanos: problemática socioambiental*. Lajeado: Ed. da Univates, 2018.p. 149-156.

KENNETH, E. GRANT and VANDERKAMP, J. Repeat Migration and Disappointment. *Canadian Journal of Regional Science I Revue Canadian des sciences regionales*, v. 3, n.IX, p. 299-322, 1986.

KLIKSBERG, B. O que significa viver na América Latina, a mais desigual das regiões? O caso da saúde pública. In: SEN, A.; KLIKSBERG, B. (Orgs.). *As pessoas em primeiro lugar: a ética e os problemas do mundo globalizado*. São Paulo: Companhia da Letras, 2010. p. 139-211.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 459-466, 2010.

LÓPEZ, L. M. Políticas públicas migratorias: consideraciones preliminares para su discusión. In: ZURBRIGGEN, C.; MONDOL, L. (coord.) *Estado actual y perspectivas de las políticas migratorias en el MERCOSUR*. Uruguay: FLACSO, 2010.

MAIO, M. C. Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (orgs.). *Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 51-82.

MARCUS, G. Au-delà de Malinowski et après Writing Culture: à propos du futur de l'anthropologie culturelle et du malaise de l'ethnographie. *Ethnographiques.org*, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2002/Marcus.html>.

MARCUS, G. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology*, v. 24, p. 95-117, 1995.

MASSEY, D. S. Structure sociale, stratégies des ménages et causalité cumulative de la migration. In: PICHE, V. (org.). *Les théories de la migration*. Paris: Ined, 2013. p. 309-340.

MENDES, Rosilda; PEZZATO, Luciane Maria; SACARDO, Daniele Pompei. Research and intervention in the promotion of health: methodological challenges of researching “with”. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, 2016.

MONTOYA-GALVEZ, C. 2019: *The year Trump “effectively” shut off asylum at the border and restricted immigration*, CBS News, 5 jan. 2020. Disponível em: <https://www.cbsnews.com/news/immigration-2019-the-year-trump-restricted-legal-immigration-and-effectively-shut-off-asylum-at-the-border>. Acesso em: 20 jan. 2020.

OLIVEIRA, L. P.; JANES, M. W. Rio de Janeiro tem atendimento humanizado de saúde a refugiados. *Folha de São Paulo*, 25 ago. 2018. Disponível em: <https://temas.folha.uol.com.br/e-agora-brasil-saude/bons-exemplos/rio-de-janeiro-tem-atendimento-humanizado-de-saude-a-refugiados.shtml>. Acesso em: 20 jan. 2020.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.) *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. p. 459-492.

PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PIERCE, S.; SELEE, A. Immigration under Trump: a review of policy shifts in the year Since the election. *Migration Policy Institute*, dez. 2017. Disponível em: <https://www.migrationpolicy.org/research/immigration-under-trump-review-policy-shifts>. Acesso em: 13 jan. 2020.

PIZARRO, J. M. *El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género*. Santiago de Chile: CEPAL: Naciones Unidas, 2003.

RAMOS, J. S.; MAIO, M. C. Entre riqueza natural, a pobreza humana e os imperativos da civilização, inventa-se a investigação do povo brasileiro. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (orgs.). *Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 25-49.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. *Recomeço: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no atendimento aos refugiados*. Rio de Janeiro: SMS, 2017. Disponível em: <http://centroriosaudegloba.org/wp-content/uploads/2016/08/Livro-Recome%C3%A7o-SMS-Rio.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

ROHDEN, F. Capturados pelo sexo: a medicalização da sexualidade masculina em dois momentos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2645-2654, out. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000014>.

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

SEYFERTH, G. As identidades dos imigrantes e o melting pot nacional. *Horizontes Antropológicos*, v. 6, n. 14, p. 143-76, 2000.

SEYFERTH, G. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

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

STRATHERN, M. Necessidade de pais, necessidade de mães. *Estudos Feministas*, v. 3, n. 2, p. 303-329, 1995.

VEAREY, J.; HUI, C.; WICKRAMAGE, K. Migration and health: current issues, governance and knowledge gaps. In: *World Migration Report 2020*. Geneva: International Organization for Migration, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Promoting the health of refugees and migrants: draft global action plan, 2019–2023*. Executive board, 144th session, 24 de december 2018. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_27-en.pdf. Acesso em: 6 fev. 2020.

Notas

¹ Disponíveis respectivamente em: <https://refugeesmigrants.un.org/declaration> e <https://www.who.int/migrants/publications/situation-analysis-reports/en/>. Consultados em 06 de fev. 2020.

² Os autores entendem por governança “as maneiras pelas quais uma entidade funciona para desenvolver e implementar políticas e práticas, incorporando o Estado, sociedade civil, setor privado e outros atores-chave como organizações internacionais” (VEAREY; HUI; WICKRAMAGE, 2019, p. 223, tradução nossa).

³ Esses comentários se referem a notícias que foram amplamente divulgadas pela mídia nos últimos anos. Para uma síntese destas informações, ver Montoya-Galvez (2020). Para maiores detalhes sobre as consequências da política migratória do governo de Donald Trump ver Pierce e Selee (2017).

⁴ A consulta telefônica foi uma solução à solicitação realizada pelo parecerista anônimo da revista para que fosse verificado se o programa ainda estava ativo. Na falta de documentos relatando especificamente sobre este programa, a solução foi o contato telefônico direto com o hospital, realizado no dia 23 de janeiro de 2020.

⁵ Além da reportagem da Folha de São Paulo, a Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro (RIO, 2017) lançou a publicação Recomeço, falando sobre a experiência da rede municipal de saúde no atendimento aos refugiados.

Abstract

Health and migrations in southern Brazil: requirements and perspectives in health education

The article analyzes the impact of recent migration processes on health and its relationship with health education. The relationship between human mobility and the processes of health and illness are on the agenda of international debates. The purpose of this article is to discuss the role of health policies in Brazil and their relationship with the reception of immigrants, especially with regard to understanding the needs to invest in training in the area of health so that it adapts to this reality. The study was carried out in the region of Vale do Taquari, in Rio Grande do Sul, with mostly Haitian immigrant subjects who settled there between 2012 and 2016. The results point to the need to denaturalize the disease associated with the body of immigrants, and the representations of migrations as vectors of illness, as well as including in the program of courses in the health area themes on human mobility and its impacts, aiming at improving reception. Are also discussed the difficulties in offering an adequate service to new immigrants in a context of precarious health services for local populations. This debate must be seriously considered and included in the discussions for health education at universities.

► **Keywords:** Human mobility; Education in health; Gender relations and migration; Quality of life; Public policy.

