

Apresentação

Alexandre Branco Pereira
Andressa Castelli
Ana Elisa Bersani
Ingrith Andrade

1 INTRODUÇÃO

Desde o início da crise instaurada pelo surgimento do já não tão novo coronavírus, as mobilidades humanas são tema inarredável dos debates acerca da pandemia. O que estava colocado era que a circulação humana passava, então, a equivaler a circulação do patógeno, e permitir que as pessoas fossem daqui para lá fazia, por associação, que o vírus também não ficasse confinado a um só lugar.

As quarentenas tornaram-se, assim, a principal forma de combate - em uma metáfora bélica usual à esta crise - ao Sars-CoV-2. Seu pilar lógico era o impedimento de circulação de sujeitos considerados saudáveis, evitando o contato desses com aqueles já contaminados como forma de diminuir a exposição ao vírus e, por consequência, o adoecimento de mais pessoas do que o sistema de saúde era capaz de atender. Fronteiras nacionais foram fechadas, regiões inteiras de cidades, estados e países foram alvos de confinamentos compulsórios decretados por governos. Uma outra fronteira erigiu-se às portas das residências, quando elas existiam, e, podemos dizer, também na linha imaginária que separa o espaço entre um indivíduo e outro a fim de evitar o compartilhamento de ar, gotículas, germes, *vírus*.

A doença foi, muitas vezes, qualificada como democrática, pois, em teoria, não fazia distinção entre quem seria ou não contaminado, e até mesmo morto. Seus efeitos, no entanto, não o eram, e logo isso tornou-se óbvio: a Covid-19, que espalhara-se de avião, acabava por vitimar aqueles socialmente mais vulneráveis, as populações marginalizadas e os trabalhadores obrigados a circular durante a crise - repentinamente, víamos que alguns trabalhadores eram considerados *essenciais* ao funcionamento do sistema econômico, ainda que suas vidas não fossem tidas como *prioritárias*. Demonstrou-se que determinantes sociais, como raça/cor¹, renda (Hallal et. al 2020), classe social² e o território onde as pessoas infectadas vivem³ definem maiores ou menores chances de contágio e de morte pela doença.

As mobilidades urbanas também viam-se implicadas. Se uma das medidas de primeira hora foram os fechamentos de fronteira - via de regra das terrestres em benefício das fronteiras aéreas, que, ao menos no caso do Brasil, permaneceram

indiscriminadamente abertas durante a maior parte da pandemia -, a circulação no transporte público permaneceu praticamente intocada, preservando a circulação de trabalhadores ligados àquilo que passou a se chamar de “serviços essenciais”, definição por excelência elástica que permitia abarcar categorias como, por exemplo, trabalhadoras domésticas⁴.

As restrições seletivas às mobilidades, não restritas, portanto, aos debates sobre as migrações internacionais, deram a tônica de uma pandemia marcada por profundas assimetrias de diversas sortes. Poder se mover ou não tornou-se, dessa forma, um traço diacrítico importante para designar e diferenciar socialmente, culturalmente e economicamente os sujeitos. No caso específico das migrações, no entanto, essas assimetrias estiveram colocadas de maneiras particulares⁵ e este é o tema que o presente dossiê endereça.

2 MIGRAR E SER MIGRANTE EM UM MUNDO PANDÊMICO

2.1 *A falsa dicotomia entre economia e saúde*

A migração internacional é frequentemente um projeto estruturado por redes de relações transnacionais. Muitos dos migrantes, ao vivenciarem uma crítica perda de renda durante a pandemia, precisaram deixar de enviar remessas aos seus países de origem, ou aos seus parentes em outras partes do mundo. Também deixaram de recebê-las de parentes que passavam por situações semelhantes.

No Brasil, o auxílio emergencial foi de fundamental importância para a subsistência durante a pandemia, mas sua importância foi proporcional à dificuldade para obtê-lo. Para solicitar o auxílio, os migrantes precisavam possuir CPF, o que já excluía todos aqueles indocumentados e considerados irregulares. Além disso, muitos daqueles aptos a solicitar tiveram seus auxílios negados sem qualquer justificativa, e muitos daqueles aprovados para o recebimento tiveram seus auxílios cancelados alguns meses depois também sem qualquer justificativa.

É bom pontuar, no entanto, que mesmo para aqueles que receberam os R\$ 600,00 mensais do auxílio, valor menor que o salário mínimo, as dificuldades persistiram. Os impactos sentidos pela crise foram profundamente heterogêneos⁶. Alguns grupos como migrantes não-brancos (negros e indígenas), geralmente em um contexto econômico mais vulnerável e frequentemente periféricos, habitando as margens das cidades, mais do que outros, foram gravemente afetados. Foi possível, ao longo da pandemia, ouvir relatos de migrantes demitidos de seus empregos em razão da quarentena, sem condições financeiras de pagar o aluguel, as contas do mês e de comprar os mantimentos necessários à sua subsistência básica. Muitos acabaram em vagas de trabalho precárias, suscetíveis ao aliciamento para trabalho escravo e

impedidos de protegerem-se contra a contaminação, já que não podiam deixar de trabalhar. A escolha entre morrer de fome ou morrer de Covid-19 não era e não é, portanto, uma escolha possível.

Não foram poucos os relatos de que as milhões de máscaras de pano, repentinamente demandadas como forma de proteção contra o contágio pelo coronavírus, eram produzidas em oficinas onde migrantes estavam sendo sistematicamente explorados, recebendo, às vezes, R\$ 0,10 por uma máscara que seria posteriormente vendida a R\$ 10,00 - ou seja, 1% do preço final de venda. Esses migrantes trabalharam cerca de 14 horas por dia para ganhar R\$ 780,00, menos do que um salário mínimo. Esse quadro se agrava ainda mais se considerarmos o contexto no qual um pacote de 5 kg de arroz chegou, em determinado momento, a custar R\$ 40,00 e os itens da cesta básica tiveram aumento médio de quase 25%. Hoje, a cesta básica em São Paulo, uma das mais caras do país, corresponde a mais da metade do salário mínimo, chegando a custar R\$ 631,00, segundo o DIEESE - valor maior do que o antigo valor do auxílio emergencial.

2.2 Acesso ao SUS: barreiras ao atendimento, invisibilidade e as ações da Rede

O SUS - Sistema Único de Saúde se sustenta sobre três pilares paradigmáticos fundamentais: 1) a universalidade, que prevê que todas as pessoas têm direito ao cuidado em saúde independente de possuírem ou não documentos, de estarem ou não em dia com suas obrigações fiscais, tributárias ou de outra ordem, e de qualquer outra situação que possa causar discriminação; 2) a integralidade, que prevê que todas as dimensões do cuidado em saúde devem ser endereçadas, o que inclui mitigar situações de vulnerabilidade e prover acesso à assistência social que sejam capazes de fazê-lo; e 3) a equidade, que prevê que é preciso garantir tais direitos observando de maneira diligente suas particularidades sociais, econômicas e culturais - considerar, portanto, as pessoas iguais, mas em suas diferenças, provendo cuidado em saúde diferenciado na medida em que diferenças sociais, econômicas e culturais estão colocadas.

Não obstante, não foram raros os casos de desrespeito a esses princípios em tempos de pandemia. Sabemos que a prática frequentemente nega e ignora as estruturas jurídico-legais nas quais se ancora, e esse é o caso quando o atendimento de migrantes é negado em razão de sua situação migratória irregular, seja por não possuírem documentos, seja por estarem com documentos vencidos. Relatos nesse sentido viraram rotina nas regiões de fronteira ou nas grandes capitais do Brasil.

Outro fator preocupante foram os casos de deportação de migrantes em situação documental irregular após buscarem atendimento em serviços de saúde. Esse é um dado que traz profunda consternação por sinalizar uma grave

conexão entre serviços de assistência e forças de segurança pública, apontando para possíveis denúncias por parte de profissionais de saúde, obrigados constitucionalmente a oferecer acolhimento e cuidado a todos e todas que buscarem tratamento. O medo de comparecer a equipamentos públicos de saúde sem documentos, ou com documentos vencidos, agrava e aprofunda as vulnerabilidades a que este grupo está submetido - e a possibilidade de ser deportado por estar doente e necessitar de cuidados é uma cruel violação do direito humano à saúde e à vida.

Concorrendo com a profunda exposição ao risco a que os migrantes estão submetidos, está também a invisibilidade permanente dessa população e a falta de vontade política expressa pelo poder público em criar políticas que atendam às especificidades dessa população. Um exemplo importante nesse sentido é o fato de não existir coleta e divulgação desagregada de dados sobre contágio e mortalidade de migrantes no Brasil por Covid-19. A Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados, coletivo de mais de 30 serviços de saúde para migrantes da cidade de São Paulo do qual integramos a coordenação, pautou este tema desde o início da pandemia junto a diversas esferas de governo. Entre os fatores que agravam este quadro estão a desobrigação da coleta desses dados por parte das equipes de saúde e a falta de uma orientação centralizada pelo Ministério da Saúde que oriente os profissionais de saúde a coletar e lançar esses dados no SIVEP-Gripe, sistema responsável pela compilação dos dados sobre Covid-19 e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) - sistema, aliás, que não possui o campo “nacionalidade”, tornando impossível a coleta do dado e a produção de informação acerca do tema. Em julho de 2020, conseguimos, após interpelarmos o Ministério da Saúde por meio de uma carta, a divulgação do único dado sobre mortalidade e contágios de migrantes por Covid-19 no Brasil. A resposta informou que até 30 de Julho de 2020, 2.950 casos de Covid-19 haviam sido notificados entre migrantes no país por meio do e-SUS-VE, embora esses dados sejam obviamente retrato da enorme subnotificação existente. A própria resposta dada a respeito das mortes de migrantes registradas para o mesmo período no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) aponta 715 óbitos de migrantes por Covid-19 e 289 óbitos de migrantes por SRAG - o que representaria uma taxa de mortalidade de quase 75%, o que é altamente improvável. Como o SIM é um sistema de dados onde o dado de nacionalidade é compulsório, ao contrário do SIVEP-Gripe, esse número é mais fidedigno do que o de contágios. Também pudemos testemunhar, após diálogo com a Igreja Nossa Senhora da Paz - popularmente conhecida como Missão Paz -, localizada no centro de São Paulo e referência para a população migrante, um relato alarmante sobre o crescimento exponencial do número de missas de sétimo dia rezadas para migrantes mortos naquele período hoje conhecido como “primeira onda”. Entre os meses de Julho e Setembro de 2020, foram 70 missas realizadas.

Provocada por ação civil pública movida pela Defensoria Pública da União em parceria com a Rede, a Prefeitura Municipal de São Paulo manifestou-se sobre o tema, dizendo primeiro que a demanda procurava um meio de “realizar

determinada política pública alheia ao enfrentamento da pandemia”, e que “o item nacionalidade tem, na avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, na tomada de decisões sobre medidas de distanciamento social, retomada de atividades econômicas e ações de dimensionamento da capacidade hospitalar instalada no município e nos serviços de referência da rede pública municipal de saúde.” A linha argumentativa toda privilegiava a universalidade do sistema - migrantes não poderiam, sob essa perspectiva, ter o que se chama de discriminação positiva, ou tratamento diferenciado em relação aos nacionais. Não havia, portanto, interesse da Prefeitura de São Paulo, nem ao menos em mapear o impacto da pandemia sobre uma população de mais de 360 mil pessoas de acordo com o Observatório das Migrações de São Paulo (2021), se levarmos em conta apenas os migrantes regularizados.

A inclusão do item nacionalidade no SUS inspira-se em uma demanda histórica dos movimentos negros pelo mapeamento das discrepâncias na oferta, no acesso e no cuidado em saúde da população negra no Brasil - algo que repetiu-se durante a pandemia, e que foi corretamente contemplada. De que forma seria possível mapear não apenas o impacto da pandemia e a velocidade da vacinação sobre a população negra, sem que fossem coletados dados específicos sobre raça e etnia em serviços de saúde? Em determinados momentos, ouviu-se que o acesso de migrantes ao SUS poderia melindrar usuários nacionais, pois tratava-se de um direito que não era acessado nem mesmo por brasileiros. Sob esse argumento, temos a ideia de direito escasso, que diminui em quantidade à medida em que é universalizado: em outras palavras, quanto mais pessoas acessarem o direito, menos direito haverá para ser acessado. É certo que o SUS ainda não é capaz de dar conta da demanda, de forma a poder ser acessado sem obstáculos por todos que precisem fazê-lo. Entretanto, esse é um argumento com nuances de xenofobia

3 O DOSSIÊ

As contribuições de artigos científicos e relatos para o Dossiê “*Migrações, mobilidades e crises sanitárias*” serão publicadas em duas edições de caráter multidisciplinar. Os textos abrangem diversas disciplinas, como a história, o direito, o turismo, as relações internacionais, a antropologia, a sociologia e a psicologia. Há também uma ampla diversidade de localidades geográficas sobre as quais os autores se debruçam - Manaus (AM), Boa Vista (RR), Pacaraima (RR), João Pessoa (PB), Urussanga (SC), São Paulo (SP), Mogi das Cruzes (SP), Rio de Janeiro (RJ), Florianópolis (SC) e países da União Europeia, como a Alemanha - descrevendo contextos distintos - contemporâneos ou históricos. Assim, cada edição busca, através de uma seleção particular, trazer um retrato da pandemia na sua multidimensionalidade e é oportunidade ímpar de ampliar e complexificar o olhar sobre os distintos modos de se viver a crise e as suas intersecções com as migrações.

Essa primeira edição é aberta pelo texto de Victor da Costa Santos, que inicia essa travessia com uma mirada para o século XIX descrevendo a recepção de imigrantes da corte no Rio de Janeiro. A partir de um resgate que nos permite traçar as genealogias do discurso higienista, aborda os paradigmas da política migratória e os seus desdobramentos na história da nossa “hospitalidade” que se traduz em modos específicos de gestão da vida dos migrantes. O artigo mostra como epidemias e surtos que afligiam imigrantes residentes da cidade também serviam como pretexto para acentuar as ações sanitárias, o fechamento de portos e a criação de hospedarias específicas para concentrar imigrantes.

Ainda sobre aspectos biopolíticos que circunscrevem as migrações, Eveline Vieira Brígido e Roberto Rodolfo Georg Uebel analisam as medidas mais recentes que concernem à governança das migrações no momento da atual pandemia a partir das políticas empreendidas pela União Europeia e também pelo Mercosul, bem como seus impactos sobre os fluxos migratórios. Seguimos, assim, esse percurso refletindo sobre o impacto desses ordenamentos sobre as vidas dos migrantes no momento atual, através do artigo de Diane Portuguesis. A autora descreve como o fechamento de fronteiras aparece como empecilho à vivência do “sonho europeu”, interrompendo o fluxo predeterminado entre Brasil-Europa, desestabilizando os *scripts* preestabelecidos e produzindo, por um lado, a indeterminação como tônica do sofrimento psíquico e, por outro, abrindo as *ventanas* necessárias para se mirar outros projetos de vida.

Compreendemos os interstícios e vacilações através do texto de Laise Lisboa Correa e Mariana Santos Couto e Lima, em que uma escalada de vulnerabilidades se interpõe na construção de novos projetos de vida, sabendo que as possibilidades de existência dos sujeitos encontram-se articuladas não meramente ao esforço ou desejo individual, mas a um conjunto de processos biopsicossociais. Os trabalhos que seguem, procuram elencar e colocar em debate os principais desafios que a pandemia espelha e aprofunda no Brasil, alertando para um agravamento na promoção e proteção de direitos migratórios e, por conseguinte, a necessidade do fortalecimento e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, como as instâncias de participação social que movimentam a pauta migratória. Os textos de Thiago Augusto Lima Alves e de Victória Figueiredo Machado discutem o fluxo migratório venezuelano para o Brasil como caso emblemático para a reflexão sobre como as próprias possibilidades de acolhimento podem se tornar iatrogênicas à medida que engendram vulnerabilidades de acordo com os interesses geopolíticos em jogo.

Nesse sentido, os trabalhos sobre o Serviço da Pastoral dos Migrantes em Manaus, de Iana Vasconcelos e Rosana Nascimento, e sobre a Casa do Migrante em Florianópolis, de Emanuely Gestal e Natalia Benatti Zardo, relatam os desafios colocados também às instituições não governamentais de apoio e acolhimento aos migrantes no contexto da pandemia da Covid-19. Eles se deparam com a necessidade de repensar suas práticas diante da nova

conjuntura, entendendo que os padrões e incentivos aos quais respondiam, até o momento, revelam a insuficiência dos próprios parâmetros e balizas preestabelecidos para contornar a crise atual.

As considerações presentes no relato de Gabrielle da Cunha que fecha o dossiê reabilitam a dimensão do tempo vivido a partir da estética da narração, lançando questões para um futuro que, nesse momento, parece cada vez mais longínquo, mas ecoam a indagação que nos levará até a próxima travessia: em meio a suposta transitoriedade pandêmica que se cronifica no âmagô da necropolítica brasileira, quais os lugares para os fluxos e sujeitos migrantes?

Sergio Ricciuto Comte, capista de Travessia, apresenta uma arte de capa que sugere uma visualização de migração alegórica que junta precariedade e fragmentação (mala), perigos, incertezas (mar), desafio e necessidade (vento) e claramente a temática santária expressa na máscara de proteção e na seringa vacinal. Contudo, a seringa vacinal e o sol no horizonte, ainda que tímidos, expressam a utopia por acolhida e vida digna, condição de partida de migrantes, prófugos e refugiados.

Convidamos todos a uma boa leitura.

NOTAS

¹ “Uma abordagem territorial e racial dos dados sobre a pandemia pode garantir maior equidade na vacinação contra Covid-19 em São Paulo.” Disponível em <<https://polis.org.br/estudos/territorio-raca-e-vacinacao/#>> . Acesso em 26/03/2021.

² “Estudo mostra as chances de óbito por Covid-19 entre trabalhadores formais do RJ.” Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=36979&Itemid=8> . Acesso em 26/03/2021.

³ “Estudo indica que vacinação contra Covid-19 deve priorizar também as periferias”. Disponível em: <<https://32xsp.org.br/2021/03/24/estudo-indica-que-vacinacao-contracovid-19-deve-priorizar-tambem-as-periferias/?fbclid=IwAR0TBCfbguNR3I54U1VYjppqJ8XVnlafrJbPeKA4HbWkfOKCo5KFP4AmtfM8>> . Acesso em 26/03/2021.

⁴ “Pará inclui empregados domésticos em serviços essenciais”. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2020-05/para-inclui-empregados-domesticos-em-servicos-essenciais>> . Aceso em 26/03/2021.

⁵ “A saúde de migrantes e refugiados no contexto da pandemia do coronavírus”. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/a-saude-de-migrantes-e-refugiados-no-contexto-da-pandemia-do-coronavirus/>> . Acesso em 29/03/2021.

⁶ “A topografia irregular da subnotificação de covid-19”. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/ensaio/debate/2020/A-topografia-irregular-da-subnotifica%C3%A7%C3%A3o-de-covid-19>, acesso em 29/03/21.

REFERÊNCIAS

HALLAL, P. C. et al. "SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys". *The Lancet Global Health*, v. 8, n. 1, nov. 2020. pp. E1390-E1398.

Sobre ao organizadores do dossiê

Alexandre Branco Pereira

Doutorando e mestre em Antropologia Social (UFSCar) e cientista social (UnB); é pesquisador do Laboratório de Estudos Migratórios, do PROMIGRAS-Unifesp (Migração e saúde) e integra a Rede Covid-19 Humanidades MCTI (UFRGS, Fiocruz, UnB, Unicamp, UFSC, UFRN, UNIDAVI e Rede Vírus MCTI); membro da coordenação da Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados; também atua como consultor de *advocacy* do Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC).

Andressa Castelli

Psicóloga no CDHIC (Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante) e em consultório privado; supervisora no Grupo Veredas - Psicanálise e Imigração e membro da coordenação da Rede de Cuidados em saúde para migrantes e refugiados; mestranda no laboratório de psicanálise e política (Psipol) da USP onde pesquisa dinâmicas de reconhecimento na prática clínica com migrantes.

Ana Elisa Bersani

Doutoranda em antropologia social pela Unicamp (Universidade Estadual de Campinas); pesquisadora associada do CEMI-Unicamp (Centro de Estudos em Migrações Internacionais); membro da coordenação da Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados em São Paulo; e atua como antropóloga na Organização Internacional Médicos Sem Fronteiras.

Ingrith Andrade

Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2005); especialista em Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade pela Unifesp, e em Psicologia Clínica e Psicopatologia pelo COGEAE- PUC-SP; desde o início da carreira trabalha com saúde mental e no atendimento à população em alta vulnerabilidade social, infância, adolescência e suas famílias; atualmente, trabalha no atendimento a imigrantes e refugiados como coordenadora do setor de saúde mental da Caritas Arquidiocesana de São Paulo; e também como membro da coordenação da Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados; atende como psicóloga clínica em consultório particular e é acompanhante terapêutica.