



Eixo: Política Social e Serviço Social.

Sub-eixo: Seguridade social no Brasil.

ATENDIMENTOS A IMIGRANTES RECENTES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL: A EQUIDADE EM QUESTÃO

EVELYN SECCO FAQUIN¹
JOÃO RICARDO LEMES²
HELOIZY DA SILVA VIOTTO³
DAIANE TAIS AGUILAR⁴

Resumo: O presente estudo tem como objetivo problematizar a relevância da equidade na condução dos atendimentos a imigrantes nas Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social. Para sua efetivação optamos pela abordagem qualitativa, nos valendo de entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados. Foram realizadas dez entrevistas com profissionais das Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social de cinco municípios da Região Metropolitana de Londrina/PR. Com a aproximação aos dados coletados, verificamos que há ausência de uma condução equânime nos serviços de saúde e assistência social, havendo a necessidade de ampliar a discussão acerca da temática.

Palavras-chave: Imigração; Equidade; Saúde; Assistência Social.

Abstract: The present study aims to problematize the relevance of fairness in the conduct of care for immigrants in the Public Policies of Health and Social Assistance. For its effectiveness we opted for the qualitative approach, using semi-structured interviews to collect data. Ten interviews were conducted with professionals from the Public Health and Social Assistance Policies of five municipalities in the Metropolitan Region of Londrina / PR. With the approximation to the collected data, we verified that there is no equanimous conduction in the health services and social assistance, being necessary to broaden the discussion about the subject.

Keywords: Immigration; Equity; Health; Social Assistance.

INTRODUÇÃO

Os fluxos migratórios internacionais contemporâneos têm apresentando novas demandas à intervenção no âmbito das políticas sociais brasileiras, tanto por suas características, quanto por seu adensamento.

¹ Professor com formação em Serviço Social. Universidade Estadual de Londrina. E-mail: <evelynsecco@uel.br>

² Estudante de Graduação. Universidade Estadual de Londrina.

³ Profissional de Serviço Social. Universidade Estadual de Londrina.

⁴ Estudante de Graduação. Universidade Estadual de Londrina.

Nessa direção, o Grupo de Pesquisa “Serviço Social e Saúde: formação e exercício profissional” da Universidade Estadual de Londrina (SERSAÚDE/UDEL) tem desenvolvido seus estudos por meio do Projeto “Trajetórias de imigrantes nos territórios: a construção do acesso às Políticas de Seguridade Social”, procurando realizar aproximações às formas como “os acessos” às referidas políticas por imigrantes têm se efetivado na Região Metropolitana de Londrina/PR⁵.

Nesse exercício, se identificou a urgência de estabelecermos um debate mais qualificado acerca da concepção de equidade enquanto conceito basilar de planejamento e proposição de políticas, assim como essencial à efetivação destas, sobretudo no atendimento a imigrantes, assim como, nos aproximarmos da sua normatização no âmbito das políticas de Seguridade Social sobretudo não-contributivas (Saúde e Assistência Social) e sua incorporação por profissionais no cotidiano da prestação de serviços a imigrantes.

Diante deste contexto, o presente trabalho tem como objetivo problematizar a relevância da equidade na condução dos atendimentos a imigrantes nas Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social, a partir da ótica de profissionais das referidas políticas. Consiste em um estudo que parte da abordagem qualitativa, tendo como instrumento de coleta de dados entrevistas semiestruturadas, realizadas com dez profissionais⁶ das Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social, totalizando dez entrevistas, de cinco⁷ municípios da Região Metropolitana de Londrina/PR, em que se identificou uma presença mais expressiva de imigrantes.

Não esperamos esgotar o debate desta temática neste trabalho, mas contribuir para sua ampliação e visibilidade, partindo do pressuposto de que novos estudos em outras realidades devem ser desenvolvidos.

⁵ A Região Metropolitana de Londrina conta hoje com 25 cidades: Londrina, Bela Vista do Paraíso, Cambé, Ibiporã, Jataizinho, Rolândia, Sertanópolis, Tamarana, Alvorada do Sul, Assaí, Jaguapitã, Pitangueiras, Sabáudia, Florestópolis, Porecatu, Primeiro de Maio, Arapongas, Centenário do Sul, Guaraci, Lupionópolis, Miraselva, Prado Ferreira, Rancho Alegre, Sertaneja e Uraí.

⁶ Foram entrevistados cinco profissionais de cada política, entre gestores e técnicos de nível superior responsáveis pelo atendimento direto a usuários.

⁷ Os municípios são: Londrina, Cambé, Rolândia, Jaguapitã e Arapongas.

1 APROXIMAÇÕES ACERCA DA CONCEPÇÃO DE EQUIDADE NA INTERLOCUÇÃO COM OS FLUXOS MIGRATÓRIOS INTERNACIONAIS CONTEMPORÂNEOS

Ao nos propormos realizar aproximações acerca da concepção de equidade, verificamos que para além de sua introdução nas legislações sociais brasileiras, há uma ampla construção teórica sobre esta, havendo possibilidades de entendimento diversas de acordo com as matrizes teóricas de referência (ESCOREL, 2001; FARRANHA, 2014; BARROS e SOUSA, 2016; CAMPOS, 2006; BARATA, 2001; MAURIEL e NOVAES, 2016). As reflexões se pautam, desde a busca da etimologia da palavra equidade, desde seu estabelecimento no âmbito das políticas sociais enquanto oriundo de normativas internacionais que apregoam a minoração da intervenção estatal e massiva responsabilização dos sujeitos sociais pelas condições em que vivem.

Nesta exposição, para além de procurar estabelecer uma conceituação à equidade, priorizamos a reflexão acerca de seu potencial, no que tange, ao atendimento das demandas postas pelos fluxos migratórios recentes (século XXI) às políticas sociais⁸, na direção do reconhecimento de suas particularidades.

O Brasil contemporâneo, assim como em toda sua trajetória de constituição, faz parte da rota da migração internacional, sendo assim, pensar nesse fluxo nos auxilia a pensar quem é o imigrante que hoje constitui a sociedade brasileira, as demandas que trazem e as barreiras que enfrentam.

Villen (2015) salienta que os fluxos atuais são caracterizados como migração de periféricos para a periferia do capital e aponta o perfil do imigrante que busca o Brasil, como país de trânsito ou de permanência, sendo essa população não branca, impulsionados a migrar por questões relacionadas a catástrofes ambientais, crise econômica, perseguição política entre outros, assim, muitos imigrantes obtém o documento humanitário, de refugiado e

⁸ “Isso porque as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. Vamos ver que, dependendo da modalidade de proteção social que venha a ser adotada por um país, são diferentes as condições políticas implicadas, e, em alguns casos, o acesso à saúde pode ser uma medida de caridade, um benefício adquirido mediante pagamento prévio, ou o usufruto de um direito de cidadania” (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p. 25).

também o visto para trabalho, enfatizando que essa população hoje faz parte da classe trabalhadora do Brasil.

Enquanto expressão desses novos fluxos Baeninger (2017, p. 15) aponta que “As migrações transnacionais de refúgio no Brasil, de fato, trazem esta marca [periféricos na periferia]: até 2010 eram em torno de 70 nacionalidades que demandavam solicitações de refúgio no Brasil, passando para mais de 120 nacionalidades em 2015”. Faquin e Bettioli Lanza (2018) em pesquisa realizada na Região Metropolitana de Londrina/PR identificaram características que corroboram com as indicações das autoras supracitadas:

[...] um universo em que 73% são do sexo masculino e 27% do feminino; 54% com faixa etária de 19 a 29 anos (jovens) e 46% de 30 a 59 anos (adultos). Quanto à nacionalidade/país de nascimento, em ordem decrescente, temos: 57,5% do Haiti; 15% de Bangladesh; 8,5% do Senegal; 7,4% da Colômbia; 6,4% de Angola; 3,2% de Guiné Bissau; 1% da Síria e 1% da Nigéria. Em relação ao tempo de permanência no Brasil, 15% está há menos de 6 meses; 9% de 6 meses a 1 ano; 26% de 1 a 2 anos; 21% de 2 a 3 anos; 12% de 3 a 4 anos e 17% há 4 anos ou mais (FAQUIN; BETTIOLI LANZA, 2018, p. 142-143).

Uma grande conquista nesse campo é a recente Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017 (BRASIL, 2017), Lei da Migração, em que no Art. 3º nos incisos VI e XI, assegura o acolhimento humanitário e o acesso igualitário e livre dos imigrantes a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviços bancários e seguridade social, respectivamente.

O problema consiste no fato de que a Lei não prevê a necessidade de ações específicas, no interior das referidas áreas, que contemplem as particularidades dos imigrantes, com vistas a atenuar as barreiras que se erguem diante do acesso e da utilização dos serviços, uma vez que os considera detentores das mesmas condições culturais para o acesso que os nacionais. A assertiva de Martins (2002) indica que é necessário refletirmos acerca do deslocamento social inerente ao deslocamento espacial, ou seja, há a necessidade de pautar fatores propriamente sociais, culturais e políticos presente na migração. Nessa direção, a discussão acerca da equidade se torna de extrema relevância.

Sposati (1999) ao refletir acerca da conjuntura contemporânea vai afirmar que a noção de igualdade só se completa se vinculada à noção de

equidade, afirmando a insuficiência de padrões universais, se este não comportarem o direito à diferença, tendo em vista a necessidade de um padrão equânime e não homogêneo.

Campos (2006) ao conceituar equidade, indica o duplo sentido desta, os quais o autor nomeia de geral e específico. No que concerne ao geral, o autor refere que este se confunde com o próprio significado da palavra justiça, a partir da preocupação no estabelecimento de regras justas para a organização social. Em seu sentido específico, Campos (2006, p. 25) pontua que se trata da adequação das leis a situações concretas, ou seja, “[...] à justiça aplicada no cotidiano [...]. A equidade seria o exercício vivo da justiça”.

No diálogo com as políticas sociais, Barros e Sousa (2016) vão defender que a concepção de equidade complementa a concepção de cidadania. Os autores referem que os princípios de igualdade e universalidade, fundamentos de uma cidadania ampliada, tendem a homogeneização, acabando por “[...] diluir as diferenças, o que definitivamente prejudica grupos de cidadãos” (BARROS; SOUSA, 2016, p. 11).

Assim, a introdução da equidade, enquanto elemento de diferença no interior da cidadania, a qualifica, contribuindo na passagem do padrão homogêneo para o equânime. Barata (2001, p. 140) apoia esta afirmativa, ao referir que ao conceito de equidade está atrelada a ideia de necessidade, ou seja, “[...] parte-se do princípio de que os indivíduos possuem diferentes necessidades e que, portanto, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente a essas necessidades”.

Fraser (2006) reflete que desde o final do século XX, tem se intensificado as lutas por reconhecimento, no que tange sobretudo, a busca pelo reconhecimento da diferença a partir de demandas vinculadas a nacionalidade, etnicidade, “raça”, gênero e sexualidade. Em sua exposição a autora defende a necessidade de alinhar políticas de redistribuição de renda e de reconhecimento, não as entendendo enquanto dissonantes ou oponentes. Uma vez que, as pautas desses seguimentos da população, não detêm raízes econômico-políticas, como são portadoras de dimensões culturais-valorativas.

A proposição de Fraser (2006) pode ser relacionada a conjuntura vivenciada pelos imigrantes recentes, tendo em vista sua condição de classe e

sobretudo as diferenças culturais enfrentadas ao se inserirem na realidade brasileira, sendo necessário o reconhecimento desta diferença, com vistas a estancar a situação de inclusão perversa⁹ que tem sido presente em sua realidade. Nessa direção, concebemos que práticas qualificadas pautadas na equidade, podem vir a contribuir na construção de políticas de reconhecimento, que ampliem os acessos às políticas sociais.

Segundo Campos (2006, p. 29-30) o termo equidade ganha visibilidade nas políticas sociais latino-americanas no final do século XX, por conta da adesão ao neoliberalismo, a partir de uma apropriação equivocada do conceito “[...] reduzindo sua abrangência e tratando de utilizá-lo apenas no sentido que lhes interessava, no caso, difundiram um pensamento que reduzia equidade à diminuição da pobreza”.

A partir dessa análise, verificamos que esta pode ser uma das justificativas para a expressão de incompreensões e redução do potencial da equidade. Barros e Sousa (2016) ao recuperarem pesquisas acerca do sentido atribuído à equidade em gestões municipais, indicam que este tem se concentrado em duas vertentes:

(a) tratar todos de forma igualitária, preponderando a ideia de igualdade e da universalidade do acesso, e (b) tratar os desiguais de forma desigual, assertiva desdobrada em duas outras: (b1) priorizando os mais necessitados, segundo condição socioeconômica e (b2) priorizando grupos específicos, segundo critérios de risco (BARROS; SOUSA, 2016, p. 15).

Os autores complementam referindo que se observa uma tendência de otimização de recursos, no bojo do planejamento das políticas sociais, ou seja, alocação de recursos vinculado ao número de pessoas que determinado serviço/política vai atingir, amparado pela conjuntura política e econômica vigente. No entanto, Barros e Sousa (2016, p. 15) salientam ser essa postura temerária à equidade, uma vez que tem “[...] possibilidade potencial de gerar práticas injustas ou discriminatórias contra grupos minoritários”.

Embora parta da perspectiva liberal, entendemos que a noção de equidade no interior das políticas sociais brasileira, no que tange aos imigrantes se apresenta enquanto contribuição para dar visibilidade às suas

⁹ “Por isso, o problema está em discutir as formas de inclusão [...]. o que a sociedade capitalista propõe hoje aos chamados excluídos está nas formas crescentemente perversas de inclusão, na degradação da pessoa e na desvalorização do trabalho como meio de inserção digna na sociedade” (MARTINS, 2002, p. 124).

demandas e provocar políticas sociais públicas a repensarem estratégias de intervenção que dialoguem com estas. Assim, não compreendemos a equidade enquanto somente igualdade de oportunidades, mas que ações em todos os níveis se guiem partindo o perfil da população usuária e de suas necessidades sociais. Concebemos que embora careça de aprofundamento teórico, a compreensão e gestão dos serviços públicos tendo como princípio a equidade é fator de ampliação de acesso, embora em nenhum momento afirmemos que este é o ideal de proteção social que almejamos.

2 EQUIDADE NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E OS IMIGRANTES RECENTES

A construção de um Sistema de Saúde no Brasil tem início na década de 1970, com o Movimento de Reforma Sanitária. Tal Movimento se fortaleceu em discussões, congressos, debates e mobilizações, na perspectiva da saúde coletiva, a qual considera os determinantes sociais como fatores relacionados diretamente à qualidade de vida e ao processo saúde-doença da população, partindo do princípio da universalidade (BRAVO, 2009).

Tal princípio, assim como a integralidade foram encaminhados a 8º Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com repercussão direta no texto da Constituição Federal de 1988, devido à forte pressão popular. Como estratégia, o Movimento Sanitário já possuía articulação e esses encaminhamentos foram propostos no momento da Conferência.

Dentre os direitos fundamentais inscritos na Constituição Federal de 1988, no Art. 196, há o reconhecimento da saúde como 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. Criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado em um conceito ampliado de saúde, pela valorização da cidadania, tendo a garantia do sistema da saúde enquanto um direito do povo e dever do Estado.

A construção da premissa de equidade no SUS se dá pelo entendimento de que esta é essencial para que possa efetivar assistência sob a forma

universal, igualitária e hierarquizada (TRAVASSOS; CASTRO, 2008), como prevista constitucionalmente. Desta forma, podemos compreender a equidade é subsídio para a efetivação de todos os princípios reguladores deste sistema.

A Portaria 2.203/1996, que em seu tópico “Por um novo modelo de atenção à saúde”, apresenta os princípios SUS, enfatizando sua obrigatoriedade de implementação e execução.

Um Sistema regido pelo interesse público e balizado, por um lado, pela exigência da universalização e integralidade com equidade e, por outro, pela própria limitação de recursos, que deve ser programaticamente respeitada (BRASIL, 1996).

Desta maneira, os espaços de gestão, planejamento e financiamento possuem grandes responsabilidades, diante das novas demandas que surgem a partir da dinamicidade dos sujeitos usuários desta política. Podemos interpretar também, que o documento ressalta fragilidades enquanto sistema de saúde, principalmente a limitação de recursos. Segundo Cecilio (2009) o planejamento se torna elemento fundamental para a garantia de integralidade e equidade.

Diante da pesquisa realizada, procuramos nos aproximar dos atendimentos prestados a imigrantes recentes em cinco municípios da Região Metropolitana de Londrina/PR, estabelecendo relações com a efetivação de ações equânimes, como previsto pelo ordenamento jurídico do SUS.

A partir das entrevistas, verificamos que tem predominado um olhar quantitativo e não equânime, conforme apontaram Barros e Sousa (2016), não havendo um planejamento com vistas a integralidade e equidade, como pudemos verificar em Cecilio (2009).

O serviço SUS, está bom que ele garante, mas não é estruturado. Se eu fosse colocar na ponta do lápis como gestão, né, gestão eu falo gastos e custos, não como ser humano, não é viável para os serviços. Primeiro que a gente não tem ninguém preparado para entender a língua deles, eles não entendem o que a gente fala, nós não entendemos. A gente parte do princípio de “vamos ser humanos”, aí a pessoa faz mímica e a gente tem que entender o que eles têm de dor para a gente solucionar (ENTREVISTADO/SAÚDE 3).

O autor Cecilio (2009) reitera a importância dos trabalhadores do Sistema de Saúde, assim como seus gestores e comunidade, para a construção de integralidade e equidade, junto da universalidade almejada desde a Reforma Sanitária. Todavia, a partir da pesquisa visualizamos que

nem sempre os executores desta política possuem uma compreensão dos conceitos, presentes nos princípios e diretrizes da regulamentação.

Dentro das entrevistas realizadas com trabalhadores e gestores da Política Pública de Saúde, podemos notar certo padrão em suas respostas, considerando que a igualdade é o suficiente para o atendimento aos imigrantes, uma vez que realizam o mesmo tipo de atendimento para todos. Como fica claro neste relato, “Na verdade, a gente não faz diferença enquanto a eles, todas as ações que a gente oferta para toda a população, estão sendo as mesmas que a gente oferta a eles” (ENTREVISTADO/SAÚDE 2).

Porém, o princípio da equidade deve justamente superar o nivelamento, colocado pela igualdade e assim proporcionar que todos os sujeitos independentemente de suas especificidades, possam ter suas necessidades contempladas pelo sistema. Uma vez que, podem existir diversos determinantes causadores de especificidades no atendimento em saúde, como a própria chegada de imigrantes em determinados territórios, que deveria gerar modificações. No entanto, isso não foi evidenciado nas entrevistas.

Cecilio (2009), ao discutir integralidades e equidade, reforça a necessidade de os sujeitos demonstrarem tal reivindicação.

Assim, a explicação da iniquidade e a luta pela equidade passam, necessariamente, pelo reconhecimento de atores com maior ou menor capacidade de reconhecer, formular e batalhar na defesa de seus interesses (CECILIO, 2009, p. 125).

Todavia nas entrevistas fica evidente, que raras as vezes os profissionais dos serviços de saúde possuem informações mínimas sobre espaços de participação social, mesmo a temática sendo tratada em documentos oficiais como na Portaria Nº 2.203/1996 que dispõe:

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores estadual e municipal – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade. (BRASIL, 1996).

Diante disso, podemos inferir que há um distanciamento significativo da população usuária, dos possíveis espaços de reivindicação popular, uma vez que profissionais responsáveis pela execução direta dos serviços de saúde, desconhecem o funcionamento e as pautas de tais instâncias.

Sendo assim, podemos refletir sobre as barreiras que um imigrante pode encontrar para conseguir esse tipo de informação, tão fundamental para gerar espaços de articulação, que tonaria possível que suas pautas fossem debatidas.

Verificamos também nas entrevistas a ausência de preocupação dos serviços acerca da presença dos imigrantes em suas áreas de abrangência, como pode ser exemplificado pelo relato “Não nos incomoda, não é uma coisa que nos fez pensar em alguma estratégia para esse enfrentamento. Nós preferimos esperar para ver se haveria algum problema para gente depois ver” (ENTREVISTADO/SAÚDE 4).

Como anteriormente mencionado, o se fazer presente, tencionar os serviços de saúde, seria um papel chave para a construção de equidade no SUS. No entanto, a condição de imigrante, dificulta está tomada de iniciativa, justamente por não terem informações acerca dos canais de participação, nem ao menos do direto a saúde em si, sendo a barreira informacional uma realidade entre os imigrantes recentes na região estudada (FAQUIN; BETTIOL LANZA, 2018).

Sendo assim, quanto mais habituados ao idioma, costumes e organização dos serviços brasileiros, mais serão avaliados de forma positiva pelos locais em que são recebidos. Como fica expresso nesta fala:

[...] já tão habituados, já conhecem os programas de saúde, os programas do município, bem tranquilo agora está mais tranquilo ainda, a linguagem que é mais difícil. [...]. Já acostumaram que precisa de receita médica para comprar medicação, lá não precisa, é porque lá compra o remédio na farmácia, aqui já acostumaram que precisa (ENTREVISTADO/SAÚDE 2).

Assim quanto mais acostumados, mais estarão nivelados e podendo acessar todos os serviços, sem que estes precisem desenvolver estratégias diferenciadas, para alcançar esta população. Diante disso, as particularidades dos sujeitos são atrofiadas de forma intensiva, para que se possa executar serviços com igualdade, ofertando “o mesmo” para todos, mesmos que estes possuam diferenças.

Durante as entrevistas notamos ausência de sistematização acerca dos atendimentos prestados a imigrantes e um descompasso no fluxo de comunicação entre gestores e trabalhadores, uma vez que os trabalhadores afirmam que as gestões não os informavam acerca da necessidade de

adequação de serviços devido a presença de imigrantes. E os gestores, afirmavam o desconhecimento da demanda, uma vez que os trabalhadores não reportavam dificuldades nos atendimentos. A ausência de sistematização e comunicação deficitária geram consequências diretas para os usuários destes serviços, neste caso em específico a população de imigrantes recentes.

3 IMIGRANTES E A EQUIDADE NA POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) norteado pela Política Nacional de Assistência Social de 2004 (PNAS/2004) e pela Norma Operacional Básica (NOB/SUAS) trouxe outra perspectiva para política de Assistência Social, fruto da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (1993).

Esse marco representou a abertura da Política de Assistência Social para a universalidade e reafirmação da cidadania em um contexto de perda de direitos forjado pelo desmonte do Estado, orientado pela política neoliberal (que tem seu início na década de 1990, na realidade brasileira).

Nesse sentido as unidades de atendimento do SUAS passam a ser realidade nos municípios do país, representando uma conquista no campo da seguridade social e, por sua vez dos direitos sociais. É importante ressaltar que o reordenamento da Assistência Social expressa o rompimento com as práticas assistencialistas e caritativas, de caráter emergencial, fragmentada e pontual que outrora caracterizou esta área (COUTO; YAZBEK; RAICHELIS, 2010).

Assim, o SUAS, é estruturado em serviços de proteção social básica e especial (média e alta complexidade) com gestão compartilhada entre as esferas federal, estadual e municipal. Vale ressaltar que o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) é referenciado como a “porta de entrada” para as demais políticas, dada a sua dinâmica territorial e intersetorial (FAQUIN; BETTIOL LANZA, 2018). Desse modo, os princípios organizativos do SUAS consistem na universalidade, gratuidade, integralidade de proteção social, intersetorialidade e equidade.

Segundo Couto, Yazbek e Raichelis (2010) a universalidade corresponde ao alargamento do conceito de usuário da assistência social, a partir da conjuntura em que os trabalhadores estão também suscetíveis a demandar proteção social, tendo em vista, o contexto vigente, de flexibilização dos direitos trabalhistas e de baixa remuneração.

Nessa direção, visa estruturar os serviços, identificar os usuários e os objetivos da ação, direcionando a intervenção no campo da proteção social nos territórios. Desse modo, atua no âmbito da proteção aos sujeitos que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco devido a identidades estigmatizadas sob o ponto de vista étnico e cultural; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; e na mais expressiva questão, a pobreza, entre outras demandas postas pelos sujeitos. A adoção da equidade é operacionalizada a partir de serviços socioassistenciais de proteção social específicos para grupos historicamente invisíveis da sociedade, como: idosos, crianças e adolescentes, mulheres, pessoas com deficiência e população em situação de rua.

Há mais de uma década da implantação do SUAS, observamos que para além dos avanços - que devem ser reconhecidos -, existe um longo caminho para a efetivação da política de assistência social, essa questão fica explícita quando pautamos a situação dos imigrantes recentes, parte da classe trabalhadora nacional.

Embora a equidade faça parte dos princípios organizativos do SUAS e que haja a identificação dentre os usuários de pessoas em situação de vulnerabilidade/risco decorrente de suas identidades (cultural/étnico), não verificamos a partir da realização das entrevistas nenhuma ação específica no que tange às demandas dos imigrantes, sendo estes incluídos nas demais ações de rotina.

Olha, assim, em relação à política de assistência social nesse momento não há uma ação específica, tá? Então eles foram inseridos no fluxo de atendimento do CRAS, foram atendidos com agendamento, da mesma forma que os as outras famílias, talvez até por não ter um número expressivo ainda né, no nosso território não sei daqui para a frente, mas assim eles foram inseridos no nosso fluxo normal tá? (ENTREVISTADO/ASSISTÊNCIA SOCIAL 5).

Verificamos que a justificativa de atendimento particularizado ou com especificidades de pauta não no perfil dos sujeitos e de suas demandas, mas

sobretudo na quantidade e frequência de solicitações interpostas. Essa questão confronta com Sposati (1999) ao afirmar a insuficiência de padrões universais, se este não comportarem o direito à diferença, a partir de um padrão equânime e não homogêneo.

Os entrevistados relatam dificuldades diversas no atendimento a imigrantes, como exemplificam as falas abaixo ao mencionarem entraves relacionados à comunicação e ausência de rede de serviços efetiva.

A questão da língua, entendimento, comunicação, nossa dificulta muito e que tanto nós como eles ficam naquela agonia (ENTREVISTADO/ASSISTÊNCIA SOCIAL 1).

[...] o principal, o principal é o encaminhamento das demandas, né? Porque é o que a gente tem para oferecer, que pode é material? É o auxílio alimento, mas não resolve, então a maior dificuldade é essa, a articulação da rede [...]. [...] porque só a cesta não vai resolver. São questões de aluguel, a questão habitacional [...] (ENTREVISTADO/ASSISTÊNCIA SOCIAL 3).

Mesmo reconhecendo por meio das dificuldades que relatam que esses sujeitos possuem demandas específicas e seu atendimento exigem saberes diferenciados, é possível inferir que há uma sensível imobilidade, ou seja, se reconhece as particularidades desses sujeitos, mas não se buscam estratégias para uma provisão equânime às suas necessidades. A ausência de capacidade de diálogo entre profissional e usuário, impacta também na disseminação de informações sobre a operacionalização do SUAS e sobre os direitos desses sujeitos (FAQUIN; BETTIOL LANZA, 2018).

Concebemos que, propor ações específicas orientadas pela equidade para imigrantes, não é privilegiar esses sujeitos em detrimento da população nacional, pelo contrário, segue a lógica de transpor “barreiras” que esses enfrentam e reforçar o caráter universal da Política de Assistência Social.

Contudo, se torna urgente, criar estratégias públicas para o acolhimento dessa população. Nos estudos realizados no interior de nosso Grupo de Pesquisa, identificamos que as organizações religiosas com destaque para a Cáritas¹⁰ e a Pastoral do Migrante¹¹, bem como organizações da sociedade

¹⁰A Cáritas é um organismo internacional da Igreja Católica. Aqui no Brasil é um órgão da CNBB que atua na gestão de riscos e em emergências, sendo presença solidária e mobilizadora com ações preventivas e de redução de danos, a CÁRITAS busca firmar a importância de atuar na perspectiva de defesa de direitos. Em Londrina/PR a CÁRITAS trabalha com 12 projetos, sendo um direcionado aos imigrantes.

civil tem protagonismo no acolhimento¹². Acolhimento que se prolonga, pela dificuldade que os serviços públicos têm em identificar essa população e atendê-la em suas especificidades, desconfigurando o sentido de sujeitos de direitos.

Na realização de entrevistas, para além de verificarmos que não são realizadas ações específicas com vistas a equidade no atendimento a imigrantes, outro fator que nos chamou atenção é a inexistência de sistematização dos atendimentos prestados, dificultando o registro de seus demandas e necessidades postas aos serviços socioassistenciais.

Contudo, para qualificar serviços que respondam de maneira efetiva às demandas dos imigrantes é importante desenvolver ações específicas, balizadas pela equidade. Assim o primeiro passo é reorganizar e identificá-los enquanto público usuário da política de assistência social, o qual exige repensar intervenções rotineiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do objetivo de problematizar a relevância da equidade na condução do atendimento a imigrantes nas Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social, podemos inferir que há uma “invisibilidade” da equidade na prestação de serviços na região estudada, tanto no âmbito da assistência social, quanto no da saúde, predominando a “igualdade”.

Realizamos a afirmativa da “invisibilidade”, à medida em que não identificamos sistematização da presença dos imigrantes no interior dos serviços, escuta qualificada das demandas provenientes destes e a expressiva direção de incorporar esses sujeitos nas ações já executadas nas rotinas institucionais, sob a lógica da não existência de “quantidade” que exija

¹¹ A Pastoral do Migrante também é um organismo da Igreja Católica que integra a Comissão Episcopal para o Serviço, Caridade, Justiça e Paz. Em Londrina/PR existe desde a década de 1990, com o foco na migração interna.

A partir do intenso fluxo migratório internacional em 2010, a Pastoral uniu-se a Cáritas no atendimento aos imigrantes internacionais.

¹² Para maiores acerca do processo de acolhimento aos imigrantes por instituições não-governamentais, sobretudo religiosas na região estudada, consultar Souza, Faquin e Viotto (2017) e Sana et al (2017).

repensar procedimentos interventivos e não visualizando particularidades desses sujeitos.

Por outro lado, conforme mencionado no decorrer do trabalho, as ofertas de ações direcionadas às necessidades, mesmo que emergenciais, dos imigrantes, ficam a cargo de instituições não-governamentais, sobretudo vinculadas a Igreja Católica.

Dificuldades quanto a comunicação, ausência de informações, cultura e linguagem, não são tomadas pelo poder público enquanto exigências para um repensar de suas ações e intervenção, mas parte-se do pressuposto de que essas barreiras devem ser transpostas pelos próprios imigrantes.

Nessa direção, embora na realidade estudada, não tenhamos verificado a efetividade desse conceito, reiteramos que a partir das problematizações apresentadas, concebemos que a equidade deve ser tomada enquanto referência, mediante seu potencial de qualificação dos serviços prestados a imigrantes enquanto sujeitos de direitos, podendo contribuir na construção de práticas e políticas de reconhecimento.

REFERÊNCIAS

BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 138-145, set./nov. 2001.

BAENINGER, R. Migrações transnacionais de refúgio no Brasil. In: LUSI, C. (Org.). **Migrações internacionais: abordagens de direitos humanos**. Brasília: CSEM – Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios, 2017. p. 13-29.

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, jan./mar. 2016.

BRASIL. Lei nº 13445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei da Migração. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm>. Acesso em: 27 jun. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS-2004**. 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica NOB – SUAS**. 2012.

_____. **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>. Acesso em: 28 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica**. Distrito Federal. 1996. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob1_96.pdf> Acesso em: 2 jul. 2018.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, maio/ago. 2006.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na tuta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 117-130.

COUTO, B. R.; YAZBEK, M. C.; RAICHELIS, R. A Política Nacional de Assistência Social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B. R. et al. (Org.) **O sistema único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2010. p.32-65.

SCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Brasília: OPAS, 2001. Disponível em: <<http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saudeepidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-emsau-de-aspectos-conceituais.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2018.

FAQUIN, E. S.; BETTIOL LANZA, L. M. Imigrantes e seus “Acessos” às Políticas de Seguridade Social: reflexões acerca da Região Metropolitana de Londrina/PR. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano XXI, n. 41, p. 131-154, maio/ago. 2018.

FARRANHA, A. C. Equidade e política pública: anotações para uma metodologia de avaliação. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, Salvador, v. 3, n. 3, p. 179-198, set./dez. 2014.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 25-58.

FRASER, N. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era “pós-socialista”. **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 15, n. 14-15, p. 231-239, jan./dez. 2006.

MARTINS, J. S. O problema das migrações e da exclusão social no limiar do terceiro milênio. In: MARTINS, J. S. **A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 199-137.

MAURIEL, A. P. O.; NOVAES, J. G. O conceito de equidade sob os ajustes neoliberais: pressupostos teórico-ideológicos propagados pelo Banco Mundial e pela CEPAL. In: CONGRESSO DE ASSISTENTES SOCIAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2, 2016, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: CRESS/RJ, 2016. p. 1-11.

SANA, D. S. et al. Entre o público e o privado: aproximações acerca do acesso dos imigrantes às políticas de seguridade social na região de Londrina – PR. In: VI SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS RELIGIOSAS NO MUNDO CONTEMPORÂNEO (LERR/UDEL), 2017, Londrina. **Anais...** Londrina: UEL, 2017. p.281-297.

SOUZA, A. M.; FAQUIN, E. S.; VIOTTO, H. S. Fluxos migratórios e rede de acolhimento a imigrantes: uma aproximação ao estado do Paraná. In: VI SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PRÁTICAS RELIGIOSAS NO MUNDO CONTEMPORÂNEO (LERR/UDEL), 2017, Londrina. **Anais...** Londrina: UEL, 2017. p.166-181.

SPOSATI, A. Exclusão social abaixo da linha do equador. In: VERAS, M. P. B.; SPOSATI, A.; KOWARICK, L. **Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam**. São Paulo: EDUC, 1999. p. 128-133

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

VILLEN, P. O estigma da ameaça ao emprego pelos periféricos na periferia: crise e imigração no Brasil. **RUA**, Campinas, v. 2, n. 21, p. 247-264, nov. 2015.