

MigraCidades 2020

SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS
DADOS SOBRE A DIMENSÃO DE
ACESSO À SAÚDE





MigraCidades 2020

SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS
DADOS SOBRE A DIMENSÃO DE
ACESSO À SAÚDE

PORTO ALEGRE, 2022



As opiniões expressas nesta publicação são dos autores e não refletem necessariamente a opinião da OIM, Agência da ONU para as Migrações. As denominações utilizadas no presente relatório e a maneira pela qual são apresentados os dados não implicam, por parte da OIM, qualquer opinião sobre a condição jurídica dos países, territórios, cidades ou áreas, ou mesmo de suas autoridades, nem tampouco a respeito à delimitação de suas fronteiras ou limites.

A OIM está comprometida pelo princípio de que a migração segura, ordenada e digna beneficia aos migrantes a sociedade. Por seu caráter de organização intergovernamental, a OIM atua com seus parceiros da comunidade internacional para: ajudar a enfrentar os crescentes desafios da gestão da migração; fomentar a compreensão das questões migratórias; alentar o desenvolvimento social e econômico econômico através da migração; e garantir o respeito pela dignidade humana e bem-estar dos migrantes.

© Editorial

OIM, Agência da ONU para as Migrações - Brasil

SAS Quadra 05, Bloco N, Ed. OAB, 3º Andar
Brasília-DF - 70070-913 iombrazil@iom.int

Stéphane Rostiaux (Chefe de Missão)
Isadora Steffens (Coordenadora de Projeto)
Marcelo Torelly (Coordenador de Projeto)

Organizadores

Fabian Scholze Domingues
Roberta Caminero Baggio
Verônica Korber Gonçalves

Colaboradores (Estudantes da UFRGS)

Ana Laura Anschau
Ana Laura Krindges Ferrandin
Caroline Todeschini
Elisa De Carvalho
Gabriela Camargo de Toledo
Isabella Martins Carpentieri
Júlia Silveira Pereira
Maria do Carmo Rodrigues Karam
Matheus Felten Fröhlich

Diagramação do Relatório Final

Ana Laura Anschau
Anelise Dias

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

MigraCidades 2020 [livro eletrônico]:
sistematização e análise dos dados sobre a dimensão de acesso
à saúde / organização Fabian Scholze Domingues, Roberta
Caminero Baggio, Verônica Korber Gonçalves. --
Brasília, DF : OIM, 2022.
PDF.

Bibliografia.
ISBN 978-65-87187-11-2

1. Atenção primária de saúde 2. Migração - Brasil 3. Migração
- Leis e legislação 4. Políticas públicas de saúde 5. Relatórios 6.
Saúde pública I. Domingues, Fabian Scholze. II. Baggio, Roberta
Caminero. III. Gonçalves, Verônica Korber.

CDD-362.109

Resumo

Este relatório foi elaborado no âmbito do projeto Diálogos MigraCidades. Apresenta sistematização e análise de dados relativos ao acesso à saúde para pessoas migrantes, buscando traçar amplo panorama da governança migratória local no âmbito da dimensão da saúde de 6 estados e 21 municípios brasileiros. O relatório objetiva fomentar a governança migratória em nível local e subsidiar as redes de apoio e acolhimento a migrantes com a apresentação de elementos de estrutura, procedimentos e ações acerca da dimensão de acesso à saúde identificadas nesses municípios e estados. Os dados apresentados foram coletados no âmbito da Plataforma MigraCidades, iniciativa da OIM, Agência da ONU para as Migrações (OIM), em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e com o apoio da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). Por meio do processo de certificação, os próprios municípios e estados participantes levantam e fornecem dados acerca das 10 dimensões de governança migratória estabelecidas pelo MigraCidades, dentre as quais está a dimensão de acesso à saúde. As respostas fornecidas pelos 27 governos participantes da Edição 2020 acerca da dimensão "Acesso à Saúde" foram compiladas neste relatório em três grupos: 1) Estados, 2) Capitais e 3) demais Municípios; a partir de 4 eixos: 1) 'acesso', 2) 'capacitação, divulgação e recorte de gênero'; 3) 'dados' e 4) 'governança'. Embora o universo abrangido ainda seja limitado para generalizações, o relatório traz informações sobre o que tem sido feito em âmbito local, alerta sobre a necessidade de avanços em relação à política migratória local, contribui para a ampliação do diálogo com a sociedade civil e subsidia pesquisas voltadas ao acesso à saúde pela população migrante.

SUMÁRIO

Introdução	8
1. Metodologia	11
2. Sistematização e análise dos dados relativos aos estados	13
2.1 Perfil dos estados participantes	13
2.2 Sistematização das respostas dos estados sobre a dimensão saúde	15
2.2.1 Acesso	15
2.2.2 Capacitação, divulgação e recorte de gênero	17
2.2.3 Dados	18
2.2.4 Governança	19
2.3 Comentários sobre os resultados da análise das respostas dos estados	20
3. Sistematização e análise dos dados relativos às capitais	21
3.1 Perfil das capitais participantes	21
3.2 Sistematização das respostas das capitais sobre a dimensão saúde	22
3.2.1 Acesso	22
3.2.2 Capacitação, divulgação e recorte de gênero	23
3.2.3 Dados	25
3.2.4 Governança	27
3.3 Comentários sobre os resultados da análise das respostas das capitais	27
4. Sistematização e análise dos dados relativos aos municípios	29
4.1 Perfil dos municípios participantes	29
4.2 Sistematização das respostas dos municípios sobre a dimensão saúde	30
4.2.1 Acesso	30
4.2.2 Capacitação, divulgação e recorte de gênero	32
4.2.3 Dados	33
4.2.4 Governança	35
4.3 Comentários sobre os resultados da análise das respostas dos municípios	35
5. Considerações e encaminhamentos	37
6. Referências	40
7. Anexos	42

Lista de Figuras

Figura 1 - As 10 dimensões da governança migratória	8
Figura 2 – Afirmações assinaladas pelos estados referente ao Eixo ‘Acesso’	16
Figura 3 – Afirmações assinaladas pelos estados referentes ao Eixo ‘Capacitação, Divulgação e Recorte de Gênero’	17
Figura 4 – Afirmações assinaladas pelos estados referentes ao Eixo ‘Dados’	18
Figura 5 – Afirmações assinaladas pelos estados referentes ao Eixo ‘Governança’	19
Figura 6 – Afirmações assinaladas pelas capitais referentes ao Eixo ‘Acesso’	22
Figura 7 – Afirmações assinaladas pelas capitais referentes ao Eixo ‘Capacitação, Divulgação e Recorte de Gênero’	24
Figura 8 – Afirmações assinaladas pelas capitais referentes ao Eixo ‘Dados’	26
Figura 9 – Afirmações assinaladas pelas capitais referentes ao Eixo ‘Governança’	27
Figura 10 – Afirmações assinaladas pelos municípios referentes ao Eixo ‘Acesso’	31
Figura 11 – Afirmações assinaladas pelos municípios referentes ao Eixo ‘Capacitação, Divulgação e Recorte de Gênero’	32
Figura 12 – Afirmações assinaladas pelos municípios referentes ao Eixo ‘Dados’	34
Figura 13 – Afirmações assinaladas pelos municípios referentes ao Eixo ‘Governança’	35

Lista de Tabelas

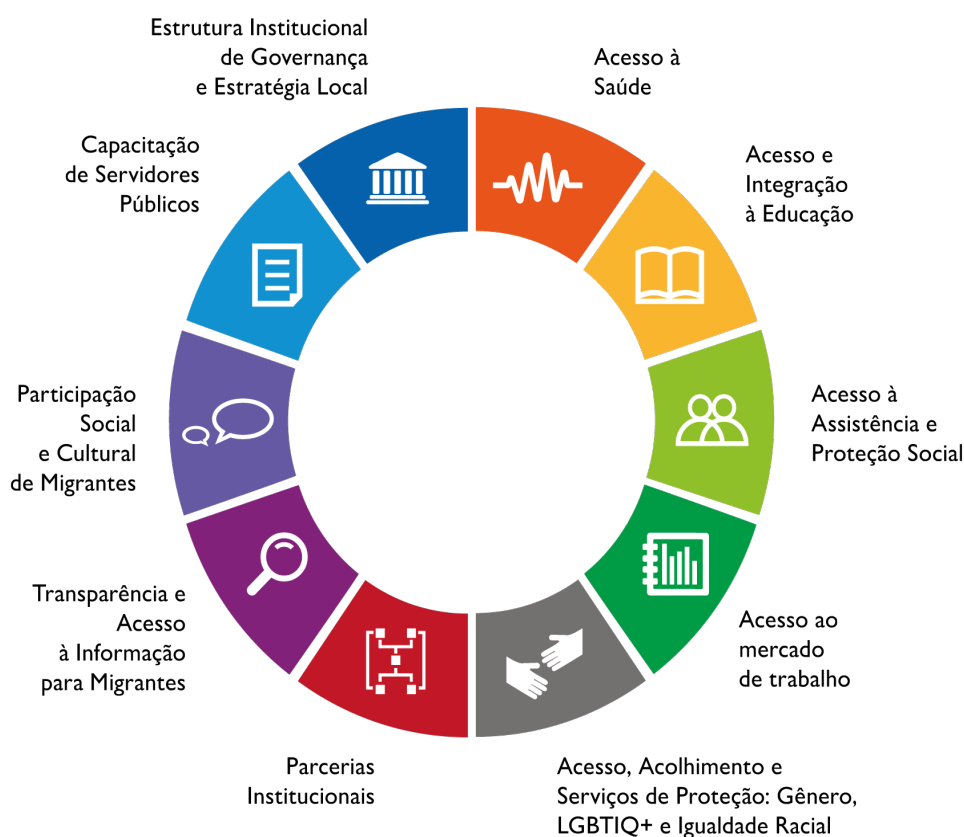
Tabela 1 – Perfil dos estados	14
Tabela 2 – Perfil das capitais	21
Tabela 3 – Perfil dos municípios	29

Introdução

O MigraCidades é uma iniciativa da OIM, Agência da ONU para as Migrações, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e com o apoio da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), tem como objetivo valorizar práticas de acolhimento de governos locais, aprimorá-las e fomentá-las no sentido de realizar um processo de integração social que promova uma concepção de integralidade de acesso a direitos humanos. Contribui principalmente para a concretização da meta 10.7 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), de “facilitar a migração e a mobilidade ordenada, segura, regular e responsável das pessoas, inclusive por meio da implementação de políticas de migração planejadas e bem geridas”.

O Processo de Certificação MigraCidades é estruturado em etapas de certificação e ações de qualificação envolvendo os estados e municípios participantes. Os resultados da primeira edição, baseados nas respostas dos 27 governos ao formulário de diagnóstico com indicadores de 10 dimensões de governança migratória local (Figura 1), foram publicados em dezembro de 2020. Todos os dados analisados neste relatório foram coletados e concedidos pelos próprios governos participantes, que são responsáveis pela veracidade dos dados fornecidos.

Figura 1 – As 10 dimensões da governança migratória



Fonte: OIM, 2021.

Com o objetivo de ampliar a publicidade e a apropriação dos resultados pelos diversos atores sociais e, ainda, envolver atores que trabalham com as 10 dimensões abarcadas no MigraCidades, a UFRGS promove os “Diálogos MigraCidades”, que objetivam estimular a socialização dos resultados e procedimentos exercidos no âmbito do processo de certificação, a qualificação da interpretação dos dados obtidos, bem como o subsídio de informações às redes de apoio e acolhimento de migrantes.

A dinâmica dos Diálogos MigraCidades envolve: a) a elaboração e publicização de relatório preliminar de sistematização e análise das respostas relativas a uma das dimensões; b) a reunião virtual para exposição - por parte de convidados da academia, da sociedade civil, dos movimentos sociais, do sistema de justiça, etc, que trabalhem com a dimensão em foco no encontro -, de chaves de reflexão, interpretação e avaliação dos dados do MigraCidades, seguido de debate aberto ao público; e c) a publicação do Relatório Final da dimensão na página virtual do MigraCidades.

O presente relatório tem como foco a dimensão “Acesso à Saúde”, ou seja, o direito ao acesso universal e gratuito à saúde assegurado a todos no Brasil, independentemente da situação migratória ou documental. Todas as pessoas, no Brasil, têm direito ao atendimento em saúde. A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabelece, no Art. 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS), regido, entre outros, pela Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal n. 8080/90), é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal à saúde, sem discriminação, seja para brasileiros como para migrantes. Em consonância, o Art. 4º da Lei n. 13.445/2017 (BRASIL, 2017), a Lei de Migração, garante ao migrante o “acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória”. Os princípios norteadores do SUS são a universalidade (a saúde é um direito de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurá-lo), a equidade (investe-se mais onde a carência é maior) e a integralidade (pressupõe-se a articulação da saúde com outras políticas públicas).

As assertivas relativas a essa dimensão presentes no formulário de diagnóstico respondido pelos governos locais buscaram mapear as estruturas e respostas governamentais quanto à concretização do acesso efetivo à saúde e atendimento qualificado de migrantes no Sistema Único de Saúde (SUS) [1].

O trabalho sistematiza os resultados dos relatórios de diagnóstico sobre essa dimensão e já incorpora reflexões decorrentes do debate público ocorrido em 31 de agosto de 2021, com Veronica Quispe Yujra, mestre e doutora em Patologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), e Georgina Bolívar, coordenadora de projetos do Serviço Jesuíta a Migrantes e Refugiados (SJMR) de Boa Vista, realizada pela plataforma virtual do MigraCidades.

[1] Sobre o tema, sugere-se: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/39223/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>

O relatório está dividido em 4 partes. Na primeira, é elucidada a metodologia utilizada para sistematização e análise dos dados. Na segunda, é apresentada a compilação de dados sobre o perfil dos estados participantes (2.1); a sistematização das respostas dos estados sobre a dimensão saúde (2.2); e a análise dos resultados relativos aos estados (2.3). Na terceira, é explanada a compilação de dados sobre o perfil das capitais participantes (3.1); a sistematização das respostas das capitais sobre a dimensão de acesso à saúde (3.2); e a análise dos resultados relativos às capitais (3.3). Na quarta, é apresentada a compilação de dados sobre o perfil dos demais municípios participantes (4.1); a sistematização das respostas dos demais municípios sobre a dimensão saúde (4.2); e a análise dos resultados relativos aos demais municípios (4.3). Ao final, são tecidos considerações e questionamentos.

1. Metodologia

Nesta seção, são elucidadas as escolhas metodológicas envolvidas na sistematização e análise das respostas fornecidas pelos governos participantes em relação à dimensão de acesso à saúde. Ao todo, 27 governos municipais e estaduais participaram da Edição de 2020, separados em três grupos de análise: estados, capitais e demais municípios, em razão das diferentes competências e capacidades estatais desses entes federados.

Os estados participantes do processo de certificação MigraCidades em 2020 foram: Ceará, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul. Já as capitais participantes foram: Rio de Janeiro (RJ), Belém (PA), Curitiba (PR), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS). Os demais municípios participantes foram: Corumbá (MS), Dourados (MS), Igarassu (PE), Guarulhos (SP), São José do Rio Preto (SP), Cachoeirinha (RS), Caxias do Sul (RS), Chapada (RS), Esteio (RS), Novo Hamburgo (RS), São Leopoldo (RS), Campo Largo (PR), Foz do Iguaçu (PR), Maringá (PR), Umuarama (PR), e Joinville (SC).

Para contextualizar os estados e municípios foram levantados os seus dados sócio-demográficos, como população estimada, Produto Interno Bruto (PIB) per capita e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), acrescidos pelas informações do número de migrantes interiorizados pela Operação Acolhida [2] e migrantes registrados desde 2000 no Sismigra (Sistema de Registro Nacional Migratório). Buscou-se ordenar as informações analisadas, supondo que, quanto maior a população ou quanto maior o IDH municipal (IDHM), maior tende a ser a quantidade de migrantes registrados, de modo a compararmos e compreendermos possíveis padrões de políticas públicas entre entes federados com competências e capacidades estatais semelhantes (ou, pelo menos, não tão discrepantes).

As assertivas relativas à dimensão de acesso à saúde no formulário de diagnóstico são divididas em quatro eixos: Acesso; Capacitação; Dados; e Governança. A análise inicial manteve a divisão em eixos, sendo estabelecidas, na seção 3.4, algumas correlações explicativas quanto às respostas dos diferentes eixos.

[2] A Estratégia de Interiorização, promovida pela Operação Acolhida, é voltada para migrantes venezuelanos em situação de vulnerabilidade que entram no Brasil pelos estados de Roraima e Amazonas. A Interiorização consiste no deslocamento voluntário dos migrantes para as demais cidades brasileiras capazes de absorver o fluxo migratório. Contando com atores nacionais, internacionais, civis e militares, a Estratégia inclui as modalidades: Institucional (deslocamento dos abrigos emergenciais da fronteira para abrigos das demais cidades no Brasil), Reunificação Familiar (deslocamento para o reencontro de familiares), Reunião Social (deslocamento para reunião com amigos e demais vínculos afetivos) e Vaga de Emprego Sinalizada (deslocamento para oportunidade laboral). Segundo a OIM, dos 50.475 migrantes interiorizados até março de 2021, a modalidade de Reunião compreende 37%, a Institucional 22%, Sem Informação 17%, Reunificação Familiar 16% e Vagas de Emprego Sinalizada 8%. O objetivo da Estratégia de Interiorização é fornecer melhores oportunidades para os migrantes venezuelanos e desafogar os serviços públicos ofertados nos estados com os fluxos migratórios mais intensos (Guia de Deslocamento - Estratégia de Interiorização, 2021).

○ Relatório mapeia e sistematiza as assertivas marcadas por cada governo, mas também considera na análise as assertivas não marcadas. Os pesquisadores avaliaram a correlação de dependência entre as assertivas para compreender a abrangência real de respostas que possam estar condicionadas a outras. Por exemplo, se o respondente marcou todas as assertivas relativas ao acesso, porém não marcou nenhuma em relação à capacitação, isso pode trazer indícios quanto ao atendimento das pessoas migrantes, de modo a permitir analisar discrepância e padrões nos dados e, assim, formular diagnósticos sobre o direito à saúde das populações migrantes. A partir dos diagnósticos é possível compreender melhor e qualificar o atendimento à saúde para população migrante na forma de orientações, fluxos, melhores práticas e protocolos específicos.

2. Sistematização e análise dos dados relativos aos estados

Nesta seção, é apresentada a compilação de dados sobre o perfil dos estados participantes (2.1); a sistematização e análise das respostas dos estados sobre a dimensão de acesso à saúde (2.2); e comentários sobre os resultados relativos aos estados (2.3).

2.1 Perfil dos estados participantes

Na Tabela 1, são apresentados os perfis dos estados que participaram da Edição 2020 do MigraCidades a partir dos seguintes indicadores: IDH (2010), População Estimada (2020), PIB (2018), Migrantes interiorizados por meio da Estratégia da Operação Acolhida (abril de 2018 até o presente) e Migrantes Registrados desde 2000 no estado, por meio de dados do Sismigra da Polícia Federal.

Pela análise dos estados participantes, é possível constatar que os estados mais populosos são os que recebem e interiorizam mais migrantes, com exceção do estado do Mato Grosso do Sul – cuja significativa interiorização observada correlaciona-se com o alto IDH, que se assemelha aos dos três estados de maior população (MG, PR e RS, respectivamente). Observa-se, ainda, que o estado do Paraná possui a maior quantidade de migrantes interiorizados (8.831) e também dos migrantes registrados (92.735). Logo atrás, encontramos o estado do Rio Grande do Sul (7.233 e 91.291, respectivamente). Chama a atenção na amostra o baixo número de migrantes interiorizados e registrados nos estados do Rio Grande do Norte (254 e 13.664) e Ceará (334 e 30.505), indicando a tendência dos fluxos migratórios serem mais fortes para a Região Sul do que para a Região Nordeste. Embora seja um estado grande e populoso, Minas Gerais não possui números expressivos em migrantes interiorizados e registrados (3.271 e 58.638).

Em relação a Mato Grosso do Sul, cumpre mencionar que os números podem ser explicados pela forte presença de migrantes interiorizados no município de Dourados, não se tratando de uma interiorização distribuída pelo estado, como acontece na Região Sul.

Tabela 1 – Perfil dos estados

Estado	IDH (2010)	POPULAÇÃO ESTIMADA (2020)	PIB per capita (2018)	MIGRANTES INTERIORIZADOS (ATÉ 2020)	MIGRANTES REGISTRADOS DESDE 2000 (ATÉ 2020)
Minas Gerais	0,731	21.292.666	R\$ 29.223,22	3.271	58.638
Paraná	0,749	11.516.840	R\$ 38.772,74	8.831	92.735
Rio Grande do Sul	0,746	11.422.973	R\$ 40.362,75	7.333	91.291
Ceará	0,682	9.187.103	R\$ 17.178,26	334	30.505
Rio Grande do Norte	0,684	3.534.165	R\$ 19.249,60	254	13.664
Mato Grosso do Sul	0,729	2.809.394	R\$ 38.925,85	3.594	19.313

Fonte: IBGE, 2020; Ministério da Cidadania, 2020; UNICAMP, 2020.

No intuito de traçar mais elementos do perfil dos estados participantes e qualificar a análise das respostas fornecidas pelos governos ao MigraCidades, o Relatório busca identificar, nos Planos Estaduais de Saúde dos estados, menções a políticas migratórias e a migrantes. Foram analisados os Planos referentes ao período de 2020-2023, exceto no caso do estado do Ceará, em que foi possível encontrar apenas o Plano dos anos de 2016-2019. Foi identificada a menção às migrações nos planos do Rio Grande do Sul, do Paraná e do Mato Grosso do Sul. Os planos de Rio Grande do Norte, Minas Gerais e Ceará não trataram da temática até o final de 2020.

Esses planos cumprem um papel importante dentro da divisão constitucional de competências sobre o acesso à saúde, já que a execução desse direito integra o rol das competências compartilhadas entre todos os entes federados, estabelecido pela Constituição de 1988 em seu artigo 23, inc. II. Ao elaborarem tais Planos de Saúde, os estados cumprem o seu desiderato de fomentar a execução dessa política pública junto aos seus municípios. E, nesse sentido, quando seus conteúdos fazem referências diretas à questão migratória, é possível afirmar que há uma abertura e, a depender dos termos, até mesmo um incentivo a que seus municípios desenvolvam ações específicas a esse público.

O destaque da análise dos Planos Estaduais de Saúde se deve à compreensão de que o principal papel dos estados no arranjo cooperativo da federação brasileira não é a execução propriamente dita de políticas de saúde – como ocorre nos municípios –, mas a articulação dessas políticas de modo descentralizado, incentivando e acompanhando com apoio técnico e financeiro as ações dos serviços de saúde.

O Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul levanta a questão das populações migrantes em diversas oportunidades. Quando trata, por exemplo, da promoção da equidade em saúde, por meio da Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde (POPES), traz a necessidade de implementação de políticas públicas direcionadas a grupos populacionais específicos, ressal-

tando o crescimento da população negra migrante (vinda, principalmente, de países africanos e caribenhos, e sua diversidade linguística e cultural). Além disso, apresenta diversos dados relevantes, como o número de usuários do Cartão Nacional de Saúde no estado, usuários cuja nacionalidade não é brasileira, bem como as informações específicas deste cadastro, como identificação por recorte de gênero, raça e origem (RS, 2020).

O Plano Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul trata, principalmente, da extensa fronteira que possui com Bolívia e Paraguai, trazendo dados acerca do fluxo populacional que ela proporciona, além da consequente criação de novas demandas para os serviços de saúde (MS, 2020).

Por fim, o Plano Estadual de Saúde do Paraná problematiza as vulnerabilidades da população migrante, como questões de saúde mental, moradia, trabalho precário, preconceito e dificuldade de comunicação (PR, 2020).

2.2 Sistematização das respostas dos estados sobre a dimensão saúde

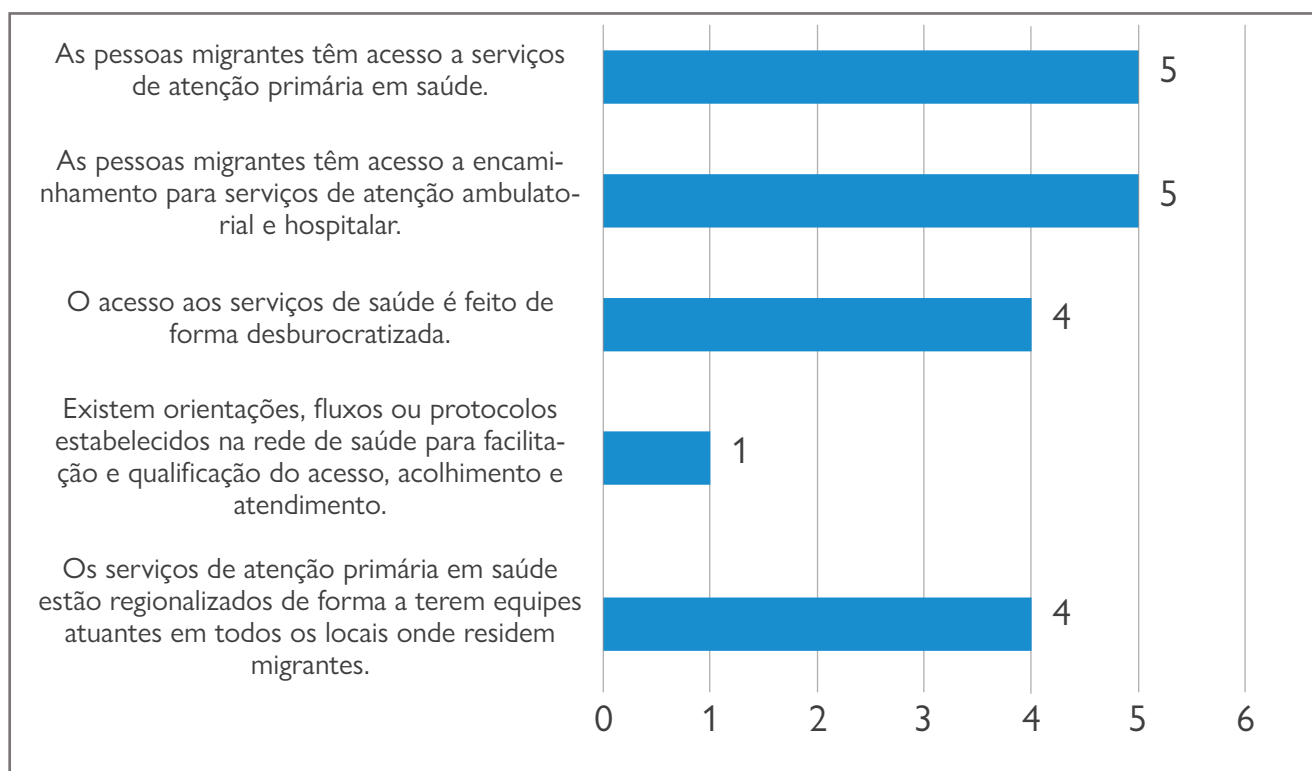
Nesta subseção são apresentados os resultados da sistematização das assertivas respondidas pelos estados divididas nos eixos: 1) acesso; 2) capacitação, divulgação e recorte de gênero; 3) dados; e, 4) governança.

As imagens trazem o texto das assertivas do formulário e o número de governos que marcaram cada uma delas. Ao final de cada eixo são apresentados elementos de análise relativos aos pontos referidos nas assertivas.

2.2.1 Acesso

A Figura 2 indica quantos estados assinalaram as assertivas relativas a 'acesso'.

Figura 2 – Afirmações assinaladas pelos estados referentes ao Eixo ‘Acesso’:



Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

Tendo em vista as especificações acima apresentadas, no que tange às competências, chama atenção o fato de que, dentre os estados participantes em 2020, apenas o Paraná afirmou estabelecer orientações, fluxos ou protocolos na rede de saúde para facilitação e qualificação do acesso, acolhimento e atendimento em saúde para migrantes.

No que tange o acesso à atenção primária em saúde e aos encaminhamentos para serviços de atenção ambulatorial/hospitalar, todos os estados, com exceção de Mato Grosso do Sul, afirmaram que os migrantes têm acesso a esses serviços, mesmo que o acesso aos serviços primários não seja uma competência estadual.

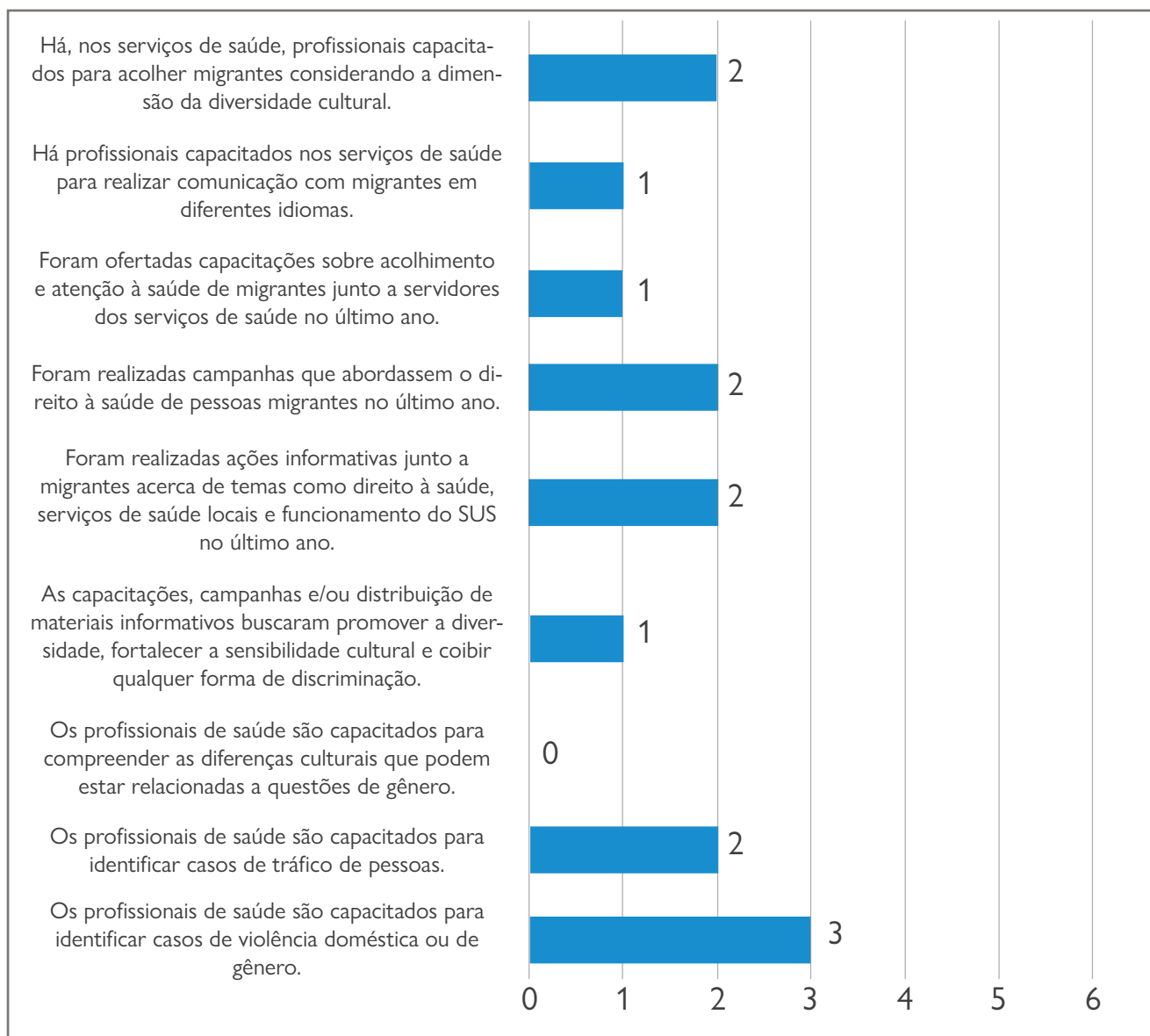
Além disso, em 4 estados – Ceará, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Norte –, há medidas para desburocratizar o acesso (Ex.: sem exigência de documentos nacionais e/ou facilitação no cadastro para o cartão SUS). Ceará, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul afirmaram que os serviços de atenção primária em saúde estão regionalizados, de forma a terem equipes atuantes em todos os locais onde residem migrantes [3]. A resposta pode, eventualmente, sinalizar algum esforço de cooperação em governança migratória.

[3] Esse ponto apresenta-se de eventual interesse para futuras pesquisas: seria interessante conhecer como os estados têm realizado o levantamento destas informações, levando em consideração que atenção primária em saúde não é de exclusiva competência dos estados.

2.2.2 Capacitação, divulgação e recorte de gênero

A Figura 3 indica quantos estados assinalaram as assertivas relativas a 'capacitação'.

Figura 3 – Afirmações assinaladas pelos estados referentes ao Eixo 'Capacitação, Divulgação e Recorte de Gênero'



Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

No âmbito das capacitações é possível perceber que a maioria dos estados não desenvolve ações para capacitar os profissionais da área da saúde de sua região na temática do atendimento a migrantes. Apenas o Rio Grande do Sul afirmou que ofertou, no ano de 2019, capacitação sobre acolhimento e atenção à saúde de migrantes junto aos servidores da área. Paraná e Minas Gerais afirmaram ter realizado campanhas que abordaram o direito à saúde de pessoas migrantes. Ações como essas podem ser realizadas para um público amplo e podem ser disponibilizadas em

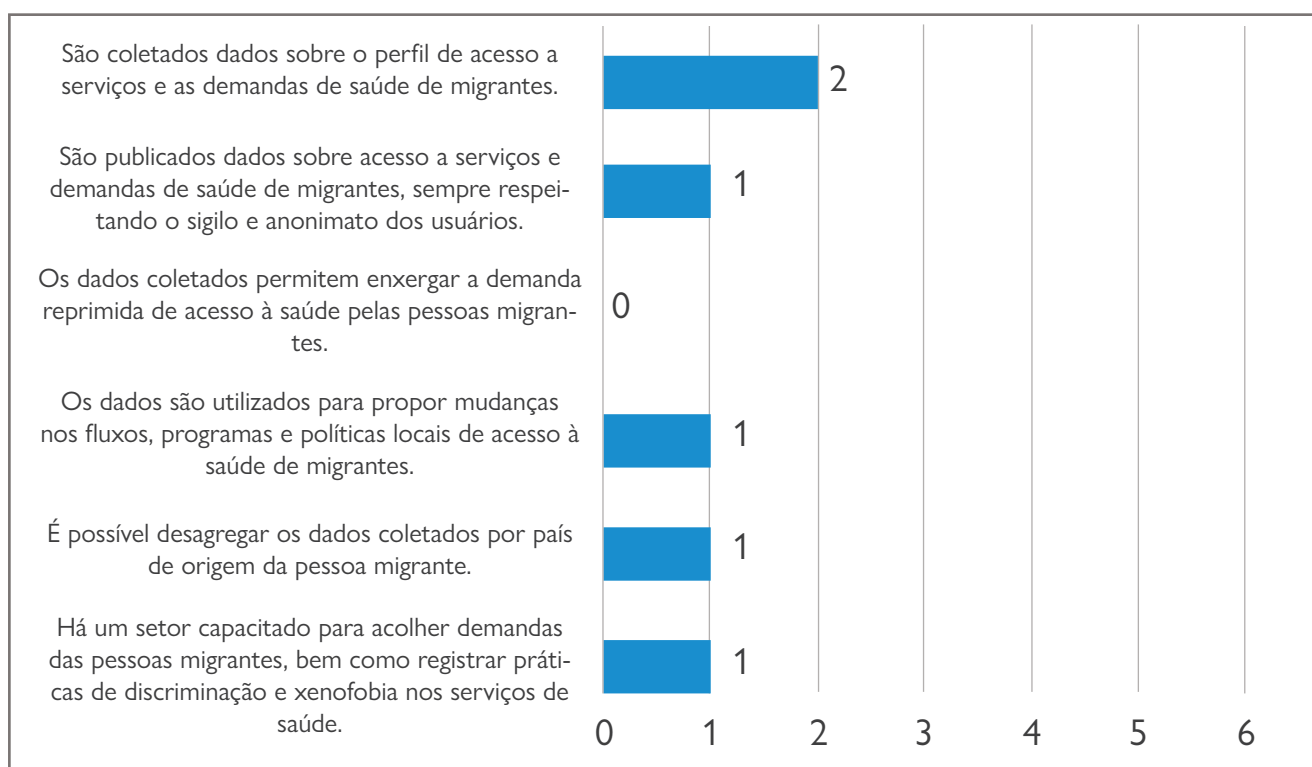
diferentes canais de comunicação, como aulas/cursos virtuais, cartilhas e materiais digitais. Outro fato que chama atenção é que nenhum dos estados afirmou que os profissionais da saúde são capacitados para compreender as diferenças culturais que podem estar relacionadas a questões de gênero.

Ainda no que tange à diversidade cultural, Ceará e Paraná identificaram que nos serviços de saúde há profissionais capacitados para acolher migrantes, considerando a dimensão da diversidade cultural, e este último indicou que conta com profissionais capacitados para realizar a comunicação em diferentes idiomas. Diante desse contexto, seria interessante sugerir aos governos estaduais que pudessem desenvolver para os municípios de seus estados cartilhas em diferentes idiomas, para serem distribuídas e disponibilizadas nos serviços de atenção primária, por exemplo.

2.2.3 Dados

No âmbito da coleta de dados é importante ressaltar que os estados podem tanto coletar os dados quanto estimular os municípios da sua região a fazê-lo. O levantamento de dados é de grande importância para que se conheça as demandas e necessidades das pessoas migrantes, e assim possam ser desenvolvidas políticas mais qualificadas. A Figura 4 indica quantos estados assinalaram as assertivas relativas a dados.

Figura 4 – Afirmações assinaladas pelos estados referentes ao Eixo ‘Dados’:



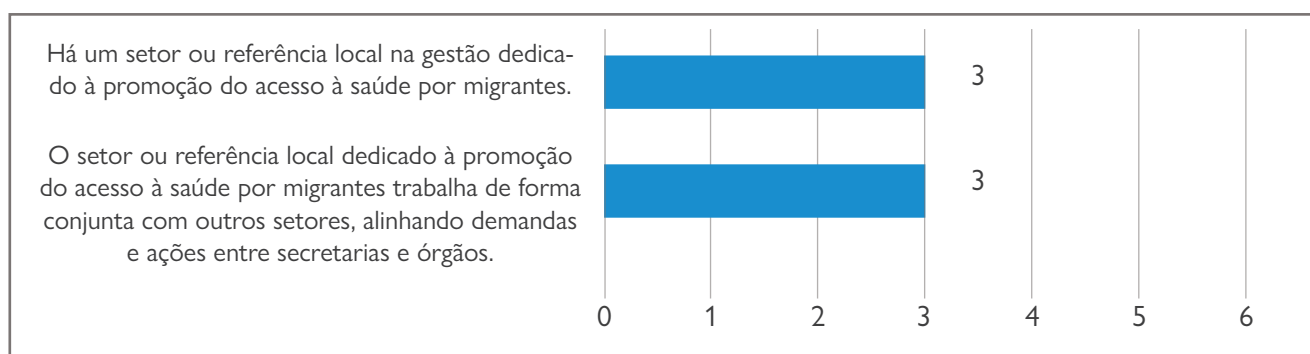
Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

Dentre os indicadores que compreendem essa seção, dois estados, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, informam que coletaram dados sobre o perfil de acesso a serviços e as demandas de saúde de migrantes. Apenas o Rio Grande do Sul declarou coletar dados que permitem enxergar se há uma demanda reprimida de acesso à saúde pelas pessoas migrantes e utilizar esses dados para propor mudanças nos fluxos, programas e políticas de acesso à saúde. O estado do Paraná, apesar de não coletar dados sobre o perfil de acesso a serviços de saúde, é o único que conta com um setor capacitado para acolher demandas de pessoas migrantes, bem como para registrar práticas de discriminação e xenofobia nos serviços de saúde [4].

2.2.4 Governança

A Figura 5 indica quantos estados assinalaram as assertivas relativas a 'governança'.

Figura 5 – Afirmações assinaladas pelos estados referentes ao Eixo 'Governança'



Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

No âmbito da governança, três estados, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul, informaram que possuem um setor ou referência local dedicado à promoção do acesso à saúde por migrantes, que trabalha em conjunto com outros setores, alinhando demandas e ações entre secretarias e órgãos.

[4] Segundo o Museu da Imigração, “[A]ntes da pandemia, pesquisas e denúncias já mostravam serem frequentes racismo e xenofobia nos serviços públicos e no ambiente de trabalho, fazendo emergir agora a crise nos serviços de saúde. O que se percebe por essa realidade invisibilizada é um quadro de violência reforçada pela vulnerabilidade que essas pessoas estão vivenciando no Brasil. Essa condição está sendo agravada pelo fato da sociedade brasileira estar conscientemente aumentando a exposição das pessoas ao contágio pelo COVID-19” (SANTOS, 2020).

2.3 Comentários sobre os resultados da análise das respostas dos estados

No âmbito do acesso à saúde há diferentes competências no que tange os níveis estadual e municipal. Enquanto a coordenação de fluxos de atenção primária em saúde fica sob responsabilidade dos municípios, cabe aos estados coordenar, principalmente, os serviços de alta complexidade (atenção ambulatorial e hospitalar).

Mesmo que alguns dos indicadores levantados pelo formulário do processo de certificação MigraCidades 2020 não sejam diretamente relacionados às competências estatais, cabe aos estados desenvolverem medidas de fomento e apoio aos municípios de sua região, por meio do estabelecimento de fluxos, protocolos ou diretrizes, por exemplo. Também podem fomentar e desenvolver medidas para o levantamento de dados voltados ao acesso à saúde pela população migrante, para que seja possível enxergar a realidade local. Nesse sentido, os Planos Estaduais são instrumentos fundamentais para desenvolver e aprimorar essas ações, na medida em que são documentos públicos que conformam a base de execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde.

A análise das respostas permitiu identificar algumas das dificuldades enfrentadas na cobertura integral dos direitos de migrantes no âmbito da saúde. Quando são questionados sobre capacitações, fluxos e protocolos específicos, verifica-se que os estados, salvo exceções, não estabeleceram uma política de saúde voltada especificamente para as particularidades culturais e vulnerabilidades da população migrante.

Cumprir registrar que a ausência da referida política é ainda mais evidente nas unidades federativas do que nas capitais participantes do MigraCidades, principalmente no que tange à sistematização dos dados e formações com os profissionais da saúde sobre temas específicos, como tráfico de pessoas e questões de gênero.

3. Sistematização e análise dos dados relativos às capitais

Nesta seção, é explanada a compilação de dados sobre o perfil das capitais participantes (3.1); a sistematização das respostas das capitais sobre a dimensão de acesso à saúde (3.2); e a análise dos resultados relativos às capitais (3.3).

3.1 Perfil das capitais participantes

Na Tabela 2, abaixo, são apresentados os perfis socioeconômicos das capitais a partir dos seguintes indicadores: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (2010), População Estimada (2020), PIB per capita (2018), Migrantes interiorizados pela estratégia da Operação Acolhida (abril de 2018 até o presente) e Migrantes Registrados desde 2000.

Tabela 2 – Perfil das capitais

Capital	IDHM (2010)	POPULAÇÃO ESTIMADA (2020)	PIB per capita (2018)	MIGRANTES INTERIORIZADOS (ATÉ 2020)	MIGRANTES REGISTRADOS DESDE 2000 (ATÉ 2020)
São Paulo (SP)	0,805	12.325.232	R\$ 58.691,90	3.267	367.043
Rio de Janeiro (RJ)	0,799	6.747.815	R\$ 54.426,08	1.209	143.832
Curitiba (PR)	0,823	1.948.626	R\$ 45.458,29	3.655	34.505
Belém (PA)	0,746	1.499.641	R\$ 21.191,47	12	5.486
Porto Alegre (RS)	0,805	1.488.252	R\$ 52.149,66	1.935	24.734

Fonte: IBGE, 2020; Ministério da Cidadania, 2020; UNICAMP, 2020.

Assim como observado no perfil dos estados, as capitais dos estados também mantêm uma relação direta entre o tamanho populacional e o registro de migrantes, de modo que quanto maior a cidade, maior o fluxo de imigração, seja de interiorizados, seja de registrados, embora as proporções nas capitais analisadas entre população total e população migrante registradas varie bastante. Apesar do recorte proposto, existe grande diferença entre as capacidades estatais, em particular da cidade de São Paulo em relação às demais capitais. A cidade de São Paulo, embora possua uma relativamente pequena taxa de interiorização, possui 367.043 migrantes registrados desde 2000, mostrando a importância da capital paulista quando se trata de fluxos migratórios no Brasil.

Entretanto, a parcela de migrantes interiorizados é maior em Curitiba do que em São Paulo, provavelmente por condições atinentes à Estratégia de Interiorização, de responsabilidade do

Governo Federal. De todo modo, a maior interiorização ocorrida em Curitiba mostra a relação entre a quantidade de migrantes interiorizados e o Índice de Desenvolvimento Humano da capital paranaense. De outra parte, o maior PIB per capita de São Paulo parece provocar uma maior concentração de migrantes no longo prazo, já que a renda é um importante fator atrativo da mão de obra migrante.

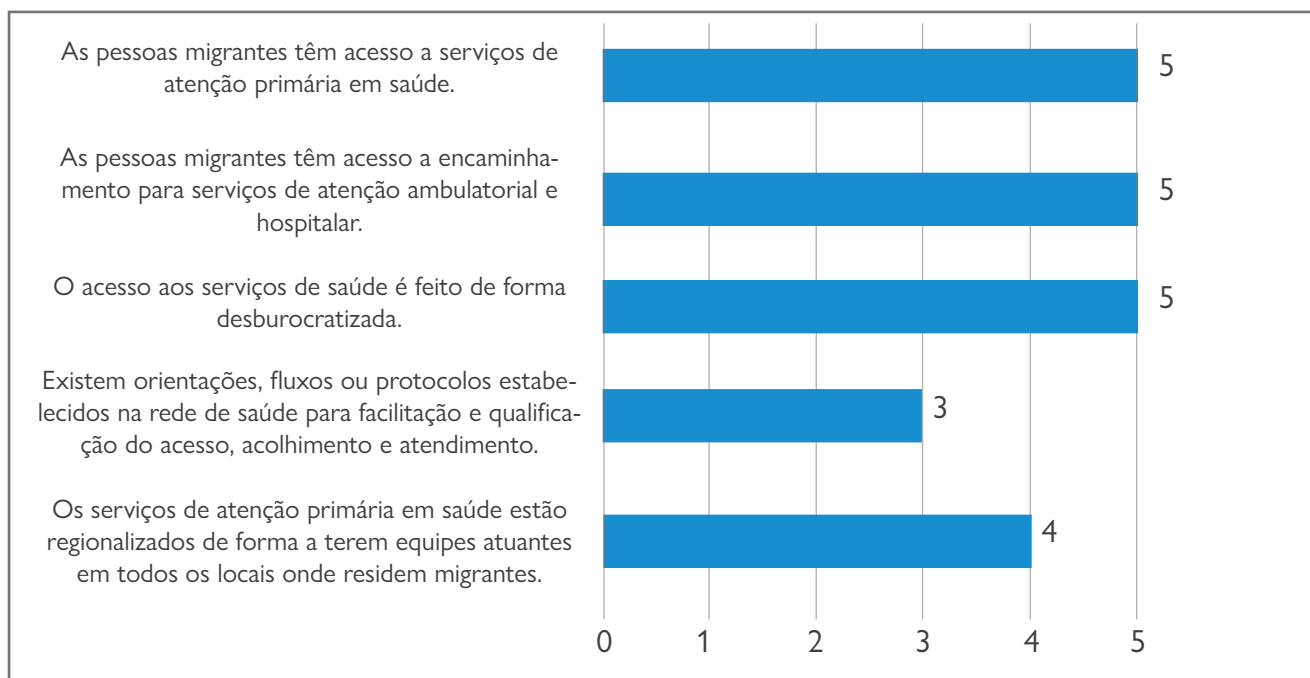
3.2 Sistematização das respostas das capitais sobre a dimensão saúde

Nesta subseção são apresentados os resultados da sistematização de todas as assertivas respondidas pelas capitais, divididas nos já mencionados quatro eixos. As figuras trazem o texto da assertiva e o número de governos que a assinalaram. Ao final de cada eixo, são apresentados elementos de análise relativos aos pontos referidos nas assertivas.

3.2.1 Acesso

A Figura 6 indica quantas capitais assinalaram as assertivas relativas a 'acesso'.

Figura 6 – Afirmações assinaladas pelas capitais referentes ao Eixo 'Acesso'



Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

As cinco capitais certificam a universalidade e integralidade do SUS à medida que reconhecem as pessoas migrantes como possuindo acesso aos serviços de atenção primária, ambulatorial e hospitalar à saúde de forma desburocratizada. No entanto, quando questionadas as orientações, fluxos e protocolos, os municípios de Porto Alegre (RS) e Belém (PA) sinalizam a inexistência de políticas de acesso específicas à população migrante.

Cumprе ressaltar que todas as capitais, com exceção de Belém (PA), identificaram que “Os serviços de atenção primária em saúde estão regionalizados de forma a terem equipes atuantes em todos os locais onde residem migrantes”. De fato, é possível que existam Unidades Básicas de Saúde regionalizadas de forma uniforme pelas cidades. Porém, ainda resta verificar se as Secretarias Municipais de Saúde possuem um mapeamento atualizado dos bairros e zonas de residência das populações migrantes. Como será apresentado a seguir, há indícios de que, mesmo regionalizados, os serviços não estão qualificados para as especificidades do acolhimento e atendimento em saúde para migrantes.

3.2.2 Capacitação, divulgação e recorte de gênero

A Figura 7 indica quantas capitais assinalaram as assertivas relativas a 'capacitação, divulgação e recorte de gênero'.

Figura 7 – Afirmações assinaladas pelas capitais referentes ao Eixo ‘Capacitação, Divulgação e Recorte de Gênero’



Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

Entre as nove alternativas disponíveis – referentes às três seções desta categoria – apenas uma foi assinalada por todas as capitais analisadas: indica a capacitação para identificar violência doméstica ou de gênero por parte dos profissionais de saúde. A capacitação em relação à temática em todas as capitais pode ser explicada pelo fato de que nas últimas décadas o Brasil tem estruturado o aparelho governamental no combate à violência de gênero por meio da elaboração de dispositivos legais e pela criação de estruturas, tais como: a promulgação da Lei Maria da Penha - Lei 11.340/2006; a criação de Varas Especializadas e Juizados de Violência Doméstica e Familiar e das Coordenadorias Estaduais da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar; a elaboração da Política Judiciária Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e do Programa Nacional Justiça pela Paz em Casa, entre outras.

No entanto, a abstenção nos campos que dizem respeito i) ao acolhimento, ii) à compreensão das diversidades culturais que podem estar relacionadas a questões de gênero e iii) à comunicação em diferentes idiomas evidencia a incompletude da aptidão necessária para o enquadramento das potenciais vítimas, bem como para o seu devido amparo. Porto Alegre (RS) e Belém (PA) caracterizam as mais deficitárias dentre o grupo nesse quesito.

A capital do estado de São Paulo apresenta-se como a única entre as cinco capitais a realizar, no último ano, campanhas de conscientização a respeito do direito à saúde dos migrantes e a garantir a capacidade dos profissionais de saúde de identificar os casos de tráfico de pessoas. Por outro lado, ações informativas junto a migrantes acerca dos temas da universalidade e funcionamento do SUS, além da amplitude dos serviços locais, só ocorreram em Curitiba (PR) e no Rio de Janeiro (RJ) no último ano.

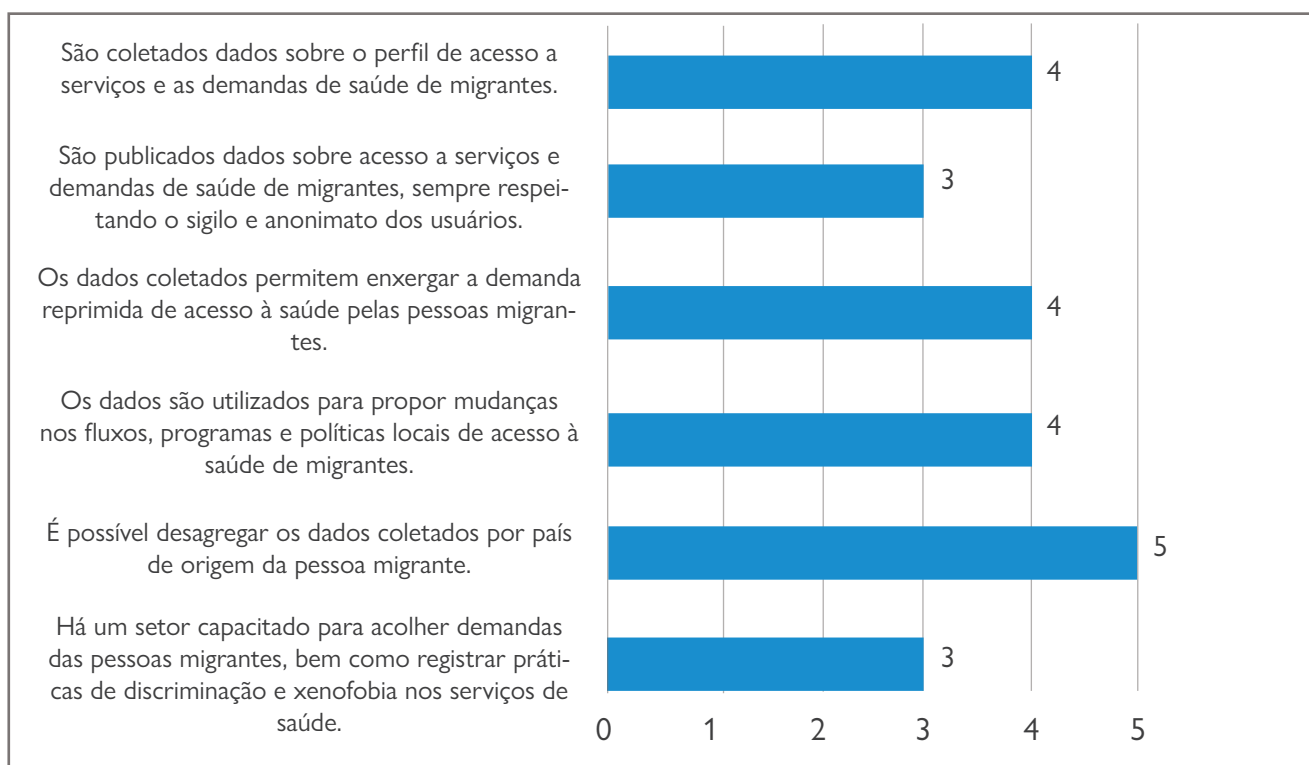
Apenas no Rio de Janeiro (RJ) é possível a comunicação em diferentes idiomas com os profissionais de saúde. Isto é, mesmo com a garantia formal de acesso, sua integralidade e a condução do atendimento é condicionado à viabilidade de comunicação. Uma vez que os servidores não compreendem a situação do paciente, resta comprometido o encaminhamento correto da pessoa migrante conforme suas particularidades – que podem envolver questões culturais, de gênero e de violência.

Logo, o segundo eixo do formulário representa as condições prévias para que as diversas atribuições das outras categorias sejam realizadas na prática, de maneira eficaz, integral e universal. Faz-se necessário, então, avaliar as demais respostas do presente relatório tendo em vista, a priori, as competências relacionadas neste tópico, a fim de verificar a existência das ferramentas essenciais à efetivação das ações propostas.

3.2.3 Dados

A Figura 8 indica quantas capitais assinalaram as assertivas relativas ao eixo ‘Dados’:

Figura 8 – Afirmações assinaladas pelas capitais referentes ao Eixo ‘Dados’



Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

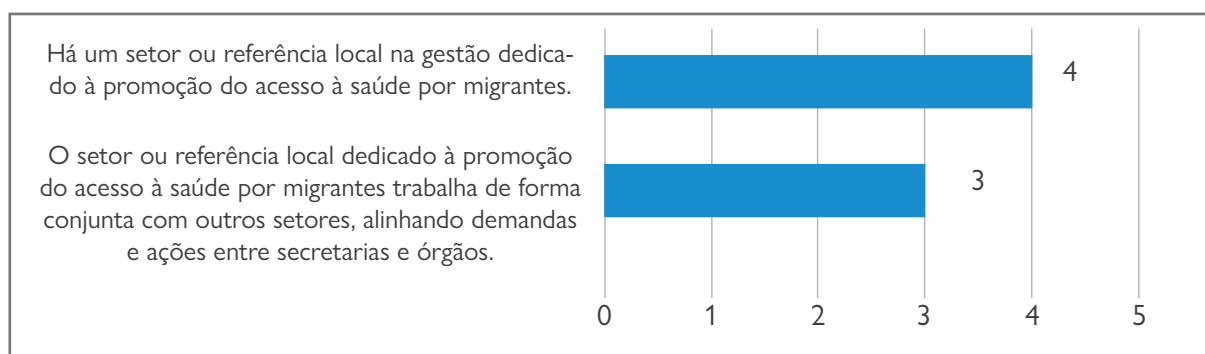
As respostas das cinco capitais participantes da Edição de 2020 foram distintas em relação à existência de uma base de dados sobre o perfil do acesso aos serviços de saúde pela população migrante. Enquanto Porto Alegre (RS) e São Paulo (SP) marcaram todas as alternativas, confirmando a existência de um banco de dados organizado, a cidade do Rio de Janeiro (RJ) assinalou parcialmente. As cidades de Curitiba (PR) e Belém (PA) sinalizaram a inexistência da base de dados que reflitam o acesso de migrantes à saúde.

A existência de uma base de dados atualizada é necessária para a tomada de decisões adequadas na área da saúde. Sem dados completos, oportunos e precisos, as autoridades têm capacidade limitada de fazer escolhas para melhorar políticas e programas. No caso da população migrante, os dados sobre o acesso ao SUS permitem identificar quais as nacionalidades que mais acessam os serviços, em quais Unidades Básicas de Saúde, com qual frequência, etc. Tais informações são pertinentes para a elaboração de políticas voltadas para este grupo, considerando-se as especificidades culturais de cada nacionalidade. Com exceção de Belém (PA), todas as capitais confirmaram que é possível desagregar os dados coletados por país de origem da pessoa migrante.

3.2.4 Governança

A Figura 9 indica quantas capitais assinalaram as assertivas relativas a 'governança'.

Figura 9 – Afirmações assinaladas pelas capitais referentes ao Eixo 'Governança'



Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

A existência de um setor ou referência local na gestão, dedicado à promoção do acesso à saúde pela população migrante, foi sinalizada por todas as cinco capitais, com exceção de Curitiba (PR). Quanto ao engajamento e ao alinhamento de demandas e ações desse setor ou referência com as demais secretarias e órgãos, demonstraram-se contempladas três das cinco capitais: Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP).

A existência de um setor dedicado à sistematização das especificidades e carências da população migrante possibilita efetivar um trabalho mais assertivo e eficiente no atendimento das demandas do referido grupo no âmbito da saúde. A interligação deste setor com as demais secretarias e órgãos garante que outras vulnerabilidades sejam consideradas, tornando possível a obtenção de um panorama completo das diversas variáveis que afetam os migrantes no acesso aos serviços de saúde (como, por exemplo, condições de trabalho análogas à escravidão, barreiras linguísticas, etc), além de encontrar soluções inclusivas para tais obstáculos.

3.3 Comentários sobre os resultados da análise das respostas das capitais

As cinco capitais, apesar de possuírem discrepâncias no número de habitantes, são similares no que tange ao IDH, salário médio dos trabalhadores formais, mortalidade infantil e PIB per capita, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tais semelhanças refletem-se também nas informações obtidas a partir da análise das respostas ao Formulário de Diagnóstico.

De forma geral é possível afirmar que as capitais certificam a universalidade e integralidade do SUS à medida que reconhecem o acesso aos serviços de atenção primária, ambulatorial e hospitalar de forma desburocratizada para as pessoas migrantes. No entanto, quando são ques-

tionados sobre orientações, fluxos e protocolos, os governos sinalizam a inexistência de políticas de acesso específicas à população migrante.

Por outro lado, a existência de um setor ou referência local na gestão, dedicado à promoção do acesso à saúde pela população migrante, foi sinalizada por quatro capitais, com exceção de Curitiba (PR). A atuação do referido setor possibilita efetivar um trabalho atento às demandas da população migrante, inclusive no que se refere à construção de uma base de dados e capacitações com os profissionais de saúde dos municípios.

Destaca-se aqui o caso de São Paulo (SP), primeira capital no país a possuir uma Política Municipal para a População Imigrante, com objetivos, princípios e diretrizes a serem alcançados, instituída por Lei Municipal e regulamentada em 2016. Entre todas as afirmações dos eixos 'Acesso', 'Capacitação, divulgação e recorte de gênero', 'Dados' e 'Governança', apenas duas não foram marcadas. Nesse sentido, verifica-se que as Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo preconizam um atendimento atento às vulnerabilidades dos migrantes, capilarizando-se em territórios com maior concentração dessa população. Uma das hipóteses para os avanços na garantia do acesso à saúde é o trabalho conjunto realizado pela Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania e pelo Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes (CRAI), com amplo debate e participação ativa do Conselho Municipal de Imigrantes (CMI).

As informações coletadas apontam que as gestões municipais reconhecem os direitos formais de migrantes à saúde, tendo em vista que certificam a inexistência de barreiras jurídicas para o acesso ao SUS, além da não obrigatoriedade de documentos para a emissão do Cartão Nacional de Saúde. Porém, no que tange aos direitos substantivos, ou seja, orientações, capacitações, fluxos e protocolos específicos, é possível verificar que as capitais, salvo exceções, não estabeleceram uma política de saúde voltada especificamente para as particularidades culturais e vulnerabilidades da população migrante.

4. Sistematização e análise dos dados relativos aos municípios

Nesta seção, é apresentada a compilação de dados sobre o perfil dos municípios participantes, com exceção das capitais. Em 4.1) é apresentada a sistematização das respostas dos municípios sobre a dimensão de acesso à saúde. Em 4.2 é realizada a análise dos resultados relativos aos municípios (4.3). Nesta seção, a referência a “municípios” é exclusiva para aqueles que não são capitais estaduais.

4.1 Perfil dos municípios participantes

Na Tabela 3, são apresentados o perfil dos 16 municípios a partir dos seguintes indicadores socioeconômicos: IDHM (2010), População Estimada (2020), PIB per capita (2018), Migrantes interiorizados (abril de 2018 até o presente) e Migrantes Registrados desde 2000. A grande maioria dos municípios participantes apresenta o IDHM alto, aparecendo também um deles com IDHM médio e dois com IDHM muito alto. Nesse cenário, os maiores índices de interiorização e de registro de migrantes são distribuídos entre os de IDHM alto e muito alto, em concordância com o observado no perfil das demais categorias de análise. Ademais, especialmente nos municípios do Paraná, houve uma interiorização intensa associada a um baixo registro de migrantes. Todavia, à exceção desses e de Corumbá (MS), a regra geral de proporcionalidade direta entre tamanho populacional e número de migrantes registrados se mantém.

Tabela 3 - Perfil dos municípios

INDICADOR/ Município	IDHM (2010)	POPULAÇÃO ESTIMADA (2020)	PIB per capita (2018)	MIGRANTES IN- TERIORIZADOS (ATÉ 2020)	MIGRANTES REGISTRADOS DESDE 2000 (ATÉ 2020)
Guarulhos (SP)	0,763	1.392.121	R\$ 44.897,70	603	9.713
Joinville (SC)	0,739	597.658	R\$ 38.317,82	407	7.891
Caxias do Sul (RS)	0,782	517.451	R\$ 48.959,40	503	6.079
São José do Rio Preto (SP)	0,797	464.983	R\$ 38.449,70	260	2.754
Maringá (PR)	0,808	430.157	R\$ 44.442,52	8.308	114
Foz do Iguaçu (PR)	0,751	258.248	R\$ 56.702,71	8.442	430
Novo Hamburgo (RS)	0,747	247.032	R\$ 38.159,33	142	1.281
São Leopoldo (RS)	0,809	238.648	R\$ 52.792,59	195	1.438

Dourados (MS)	0,747	225.495	R\$ 38.468,40	2.055	2.494
Campo Largo (PR)	0,745	133.865	R\$ 33.304,69	8.739	65
Cachoeirinha (RS)	0,757	131.240	R\$ 40.778,59	209	742
Igarassu (PE)	0,665	118.370	R\$ 21.887,47	394	187
Umuarama (PR)	0,761	112.500	R\$ 30.659,36	8.794	11
Corumbá (MS)	0,700	112.058	R\$ 27.582,68	1	2.398
Esteio (RS)	0,754	83.279	R\$ 38.249,40	430	359
Chapada (RS)	0,757	9.239	R\$ 50.329,86	119	6

Fonte: IBGE, 2020; Ministério da Cidadania, 2020; UNICAMP, 2020.

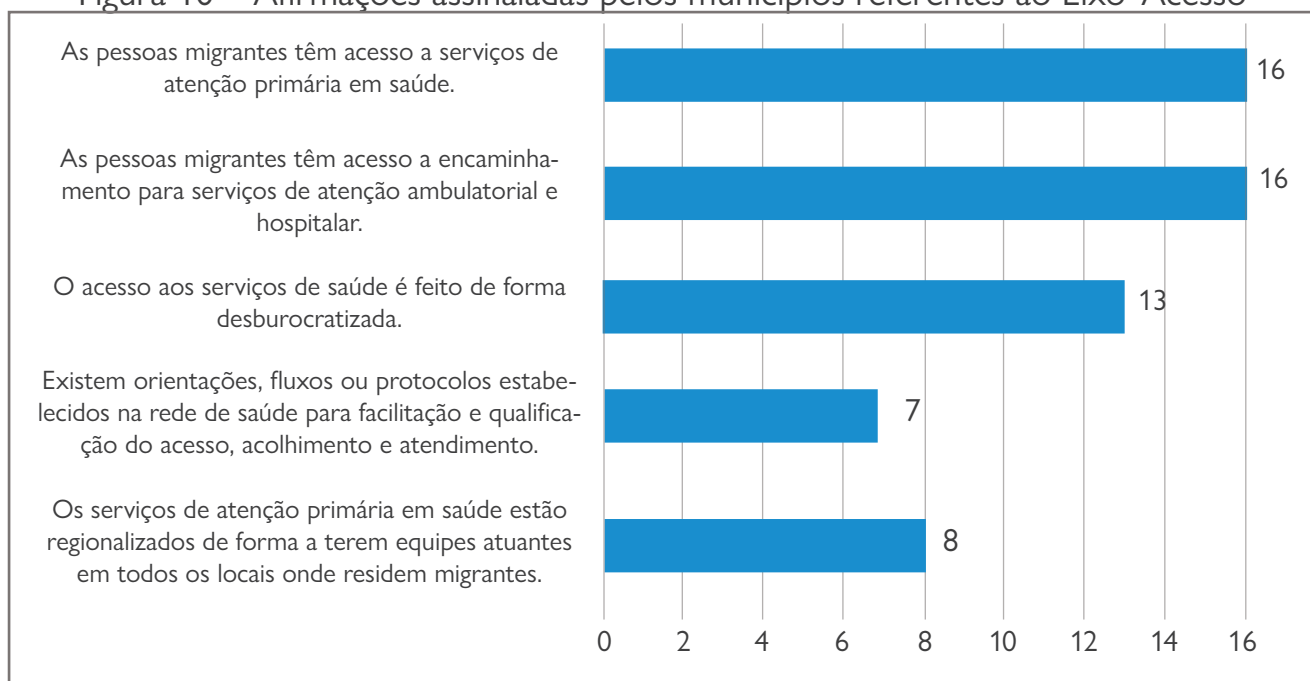
4.2 Sistematização das respostas dos municípios sobre a dimensão saúde

Nesta subseção, é apresentado o resultado da sistematização de todas as assertivas respondidas pelos municípios participantes, divididas nos quatro eixos. As figuras trazem o texto e o número de governos que marcaram cada assertiva. Ao final de cada eixo, são apresentados elementos de análise relativos aos pontos referidos.

4.2.1 Acesso

A Figura 10 indica quantos municípios assinalaram as assertivas relativas a 'acesso'.

Figura 10 – Afirmações assinaladas pelos municípios referentes ao Eixo ‘Acesso’



Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

Todos os municípios participantes afirmaram que a população migrante tem acesso à atenção primária em saúde e à atenção ambulatorial hospitalar. Além disso, o oferecimento do atendimento de forma desburocratizada foi ratificado por uma ampla maioria, não sendo preenchido por apenas 3 municípios dos 16: Campo Largo (PR), Maringá (PR) e São José do Rio Preto (SP). Os últimos dois possuem mais de 430 mil habitantes e estão entre os três municípios com o maior IDHM dentre os analisados. Ainda, tanto Campo Largo quanto Maringá tiveram mais de 8 mil migrantes registrados nos últimos vinte anos.

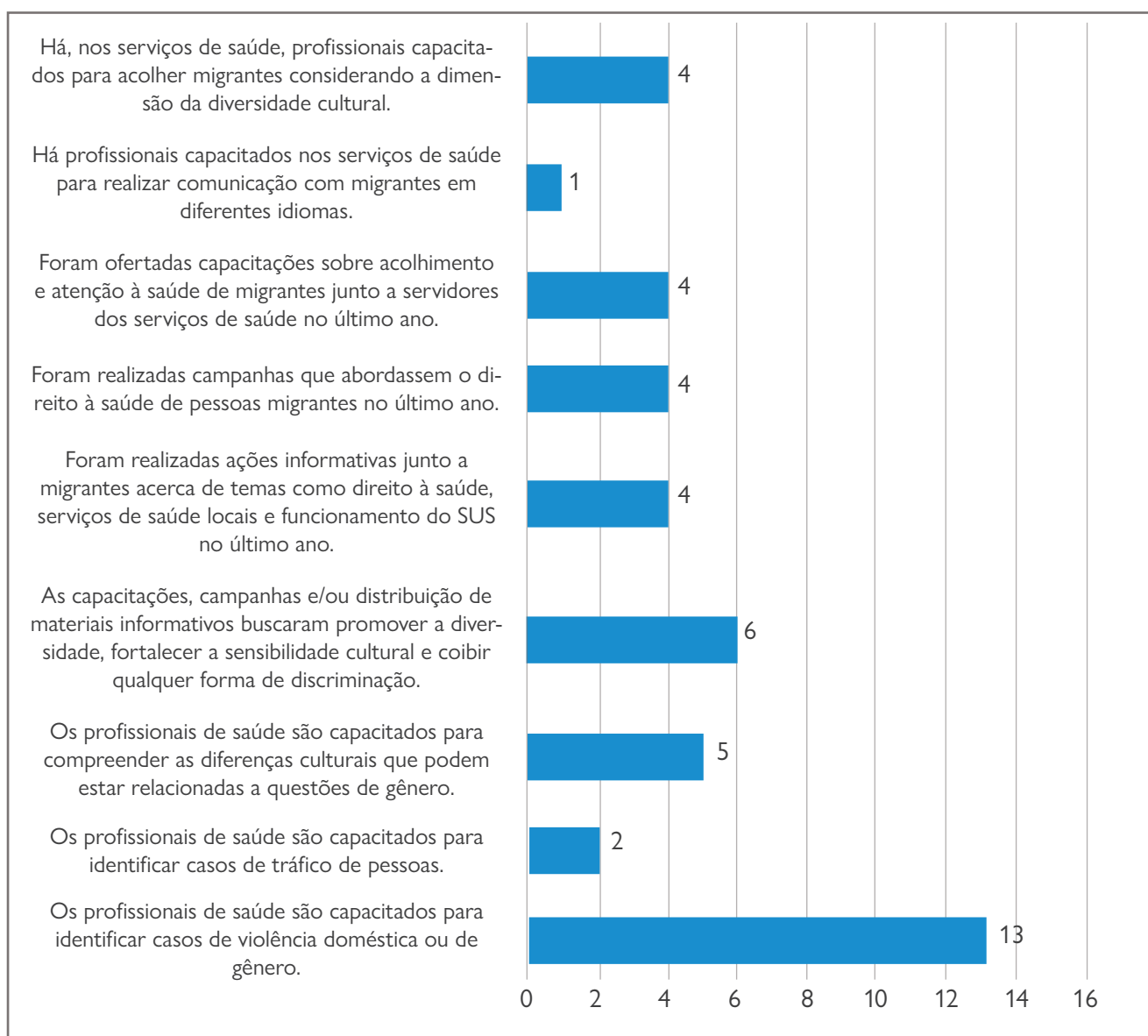
A maioria dos municípios afirmou não contar com orientações, fluxos e protocolos estabelecidos para o aprimoramento dos atendimentos, nem regionalizar os serviços, a fim de cobrir todos os locais onde residem os migrantes. Sobre orientações, fluxos e protocolos é observado que os municípios paranaenses e gaúchos (com exceção de Cachoeirinha) indicaram não terem protocolos elaborados para melhoria do atendimento. Em relação ao atendimento regionalizado, o padrão é similar: além de São José do Rio Preto (SP), a maioria dos municípios do Rio Grande do Sul, com a exceção de Cachoeirinha e Chapada, e do Paraná, com a exceção de Umuarama, afirmou não oferecer o serviço.

Por fim, ainda quanto ao estabelecimento de orientações, fluxos e protocolos e à regionalização dos serviços é possível perceber que os municípios com o maior IDHM e que receberam maior quantidade de migrantes nas últimas décadas, de maneira geral, declararam não oferecer tais procedimentos.

4.2.2 Capacitação, Divulgação e Recorte de Gênero

A Figura 11 indica quantos municípios assinalaram as assertivas relativas a 'capacitação, divulgação e recorte de gênero'.

Figura 11 – Afirmações assinaladas pelos municípios referentes ao Eixo 'Capacitação, Divulgação e Recorte de Gênero'



Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

Entre as nove alternativas disponíveis – referentes às três seções desta categoria – a resposta que trata da capacitação para identificar violência doméstica ou de gênero por parte dos profissionais de saúde foi selecionada por 13 dos 16 municípios respondentes. Conforme observado na seção 3.2.2, uma explicação plausível está relacionada ao processo de estruturação de uma política de combate à violência de gênero no Brasil a partir de 2006, com a Lei Maria da Penha.

De maneira geral, houve alta abstenção nas demais assertivas, principalmente no que tange: i) a comunicação em diferentes idiomas e ii) identificação em casos suspeitos de tráfico de pessoas. Municípios, como Dourados (MS), Esteio (RS), Novo Hamburgo (RS), e São Leopoldo (RS), selecionaram apenas uma alternativa, sendo que Chapada (RS), Foz do Iguaçu (PR) e Umuarama (PR), não marcaram nenhuma das alternativas. Tais dados evidenciam um déficit importante no quesito capacitação, divulgação e recorte de gênero.

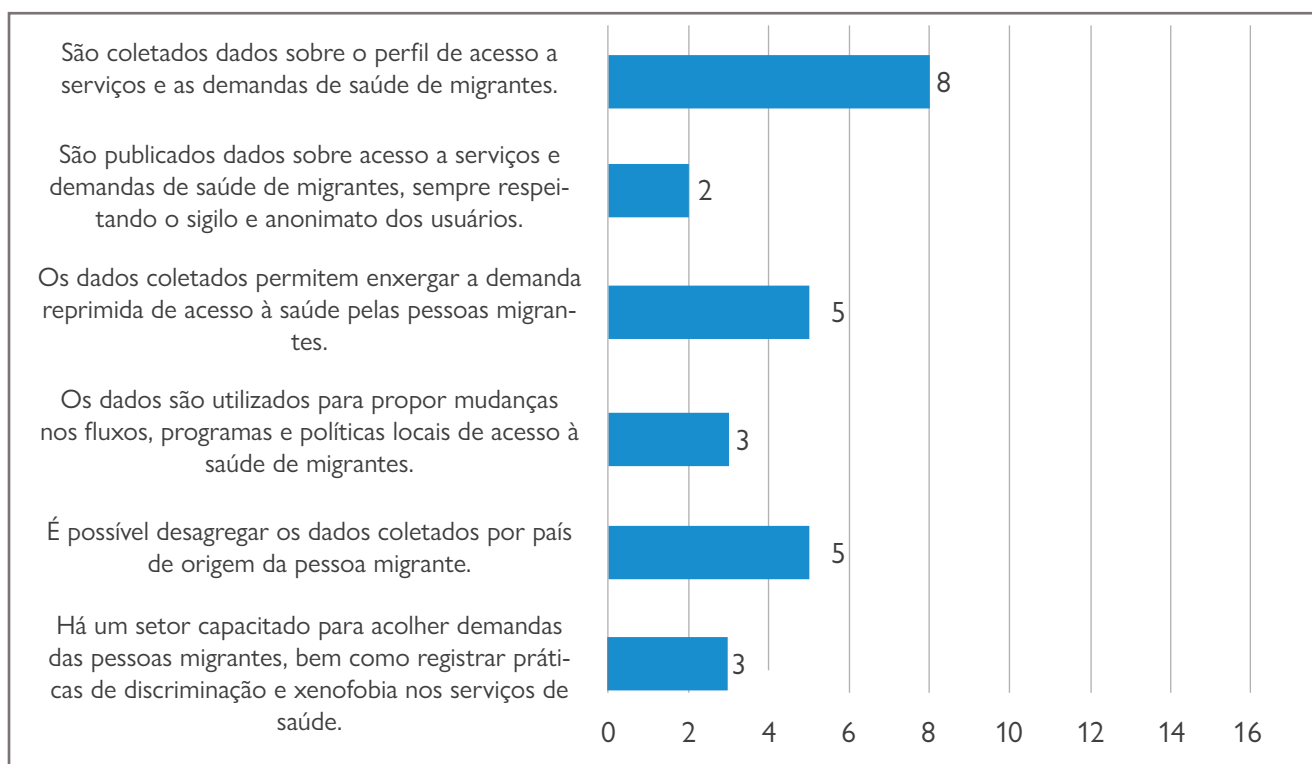
Apenas em Corumbá (MS) é mencionada a existência de profissionais capacitados nos serviços de saúde para realizar comunicação com migrantes em diferentes idiomas. Os profissionais de saúde são capacitados para identificar casos suspeitos de tráfico de pessoas somente em Corumbá (MS) e Guarulhos (SP), ambas cidades com fronteiras terrestre e aérea. A primeira possui divisa com a Bolívia e a segunda é sede do maior aeroporto internacional do país.

Não foi possível identificar influência direta do perfil dos municípios na quantidade de alternativas selecionadas, já que Corumbá (MS) e Guarulhos (SP) foram as cidades que responderam positivamente a maior parte das perguntas e elas se diferenciam significativamente em termos de IDHM, número de habitantes, PIB per capita e número de migrantes acolhidos. Porém, o fato de serem municípios com fronteiras importantes é uma explicação possível para ambos terem – no que concerne à questão da capacitação dos seus profissionais – uma expertise anteriormente adquirida, resultado de uma preocupação mais antiga com relação à questão migratória, diferente de outros locais caracterizados pela acolhida de fluxos migratórios recentes.

4.2.3 Dados

A Figura 12 indica quantos municípios assinalaram as assertivas relativas a 'dados':

Figura 12 – Afirmações assinaladas pelos municípios referentes ao Eixo ‘Dados’



Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

No que diz respeito à coleta de dados pelos municípios é difícil identificar um padrão. Apenas dois dos 16 municípios estudados marcaram todas as seis alternativas: Corumbá (MS), e Guarulhos (SP). Esses municípios apresentam um alto número de migrantes registrados desde 2000, mas variam enormemente na população estimada (112.058 e 1.392.121, respectivamente) e na população migrante interiorizada pela Operação Acolhida (um e 600, respectivamente). Uma explicação plausível, como mencionado anteriormente, pode se relacionar com o fato de Corumbá ser cidade fronteiriça, ou seja, se encontra melhor preparada para atender os fluxos bolivianos de migração.

Quanto às alternativas selecionadas, metade dos municípios coleta dados sobre o perfil de acesso a serviços e as demandas de saúde de migrantes, o que representa a possibilidade de se coordenar futuras ações que visem a promoção de políticas públicas na área da saúde, ainda que, atualmente, apenas três desses utilizem dos dados para propor mudanças nos fluxos, programas e políticas locais de acesso à saúde de migrantes.

A maior parte dos municípios ainda não apresenta capacidade de manipulação dos dados coletados: não são publicados (14 de 16) e não são capazes de serem filtrados por nacionalidade da pessoa migrante (11 de 16). Salienta-se que a disponibilidade de dados passíveis de desagregação por nacionalidade é um fator que contribui para a promoção de atividades específicas e

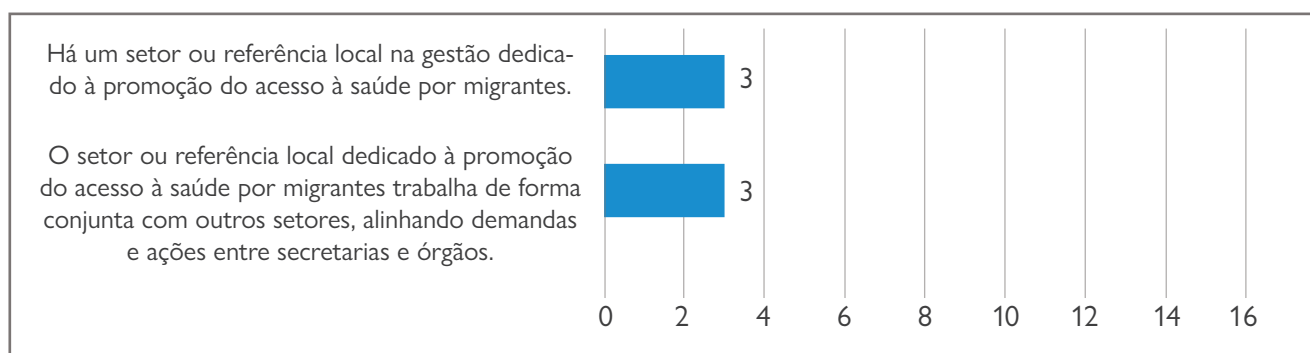
cuidado integral para determinadas comunidades migrantes. A baixa taxa de municípios que marcaram a opção de que "os dados coletados permitem enxergar a demanda reprimida de acesso à saúde pelas pessoas migrantes" (apenas 5 de 16), também contribui para que as necessidades específicas de determinados grupos permaneçam invisíveis.

Ainda nas alternativas selecionadas, poucos municípios (3 de 16) assinalaram que possuem um setor capacitado para acolher demandas das pessoas migrantes, bem como registrar práticas de discriminação e xenofobia nos serviços de saúde.

4.2.4 Governança

A Figura 13 indica quantos municípios assinalaram as assertivas relativas a 'governança'.

Figura 13 – Afirmações assinaladas pelos municípios referentes ao Eixo 'Governança'



Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

A existência de um setor ou referência local na gestão, dedicado à promoção do acesso à saúde pela população migrante, foi assinalada somente por 3 dos 16 municípios: Corumbá (MS), Guarulhos (SP) e São Leopoldo (RS). A interlocução com outros setores foi identificada também por Guarulhos (SP) e Corumbá (MS), bem como por São José do Rio Preto (SP).

4.3 Comentários sobre os resultados da análise das respostas dos municípios

Todos os municípios participantes indicaram que há acesso universal à atenção primária em saúde e à atenção ambulatorial hospitalar. A maioria indicou que o acesso se dá de forma desburocratizada e que há profissionais de saúde capacitados para identificar e dar encaminhamento a situações de violência doméstica ou de gênero. Em ambos os casos, trata-se de reflexo da política nacional de saúde e legislação que a sustenta.

Porém, alguns fatores indicam a existência de barreiras significativas ao acesso universal,

entre as quais o fato de que mais da metade desses municípios afirmam não possuir orientações, fluxos nem protocolos para o aprimoramento dos atendimentos e facilitação do acesso à população migrante, e metade indicar que os serviços não são regionalizados.

Em relação aos demais eixos, as informações obtidas apontam que a institucionalização de uma política de saúde para a população migrante ainda é bastante incipiente e pouco estruturada, de forma relativamente independente do perfil dos municípios, como observado em relação às assertivas relativas à capacitação e divulgação, à coleta de dados e à governança. Embora parte dos municípios realize a coleta de dados sobre o acesso à saúde e perfil da população migrante, a maior parte indica não ser capaz de manipular, qualificar nem trabalhar com os dados coletados. A ausência de capacitações para lidar com situações de diferença cultural pode comprometer o acesso à saúde, ainda que desburocratizado.

A partir das informações coletadas e aqui analisadas é possível reconhecer uma série de deficiências dos poderes públicos municipais em estruturar e conduzir as políticas públicas que garantam de forma efetiva o acesso universalizado à saúde, uma vez que há proporcionalmente muito mais abstenções nos eixos referentes à capacitação e organização dos dados do que se observa nas capitais e estados. Destacam-se esses âmbitos por constituírem os mecanismos de diagnóstico e preparo necessários ao planejamento que precede a transformação de uma garantia formal em realidade.

Esse aspecto pode ser explicado, entre outros fatores, pela histórica centralização das instituições e burocracias estatais no âmbito da União no Brasil, fato que contribuiu para que a administração municipal se consolidasse com um baixo desenvolvimento de capacidades públicas, principalmente as menos populosas. Nesse cenário, a estruturação e o planejamento em vista da criação dos meios necessários para viabilizar a aplicação dos princípios de acesso na prática parece fraca e acaba por não contemplar essa disposição (CARVALHO, 1993).

Apesar de ser difícil determinar um padrão de características entre os municípios a partir de suas respostas, é possível identificar algumas regularidades em relação ao tamanho da população estimada e da população migrante registrada desde 2000, de maneira que a maioria dos municípios que assinalava as alternativas possuía uma dessas duas características, ou seja: municípios com maior população ou população migrante registrada assinalaram mais assertivas relativas aos eixos de governança abarcados no formulário.

5. Considerações e encaminhamentos

Nesta seção, são realizadas considerações e encaminhamentos para a governança migratória suscitadas pela análise dos dados. Também são considerados os pontos que merecem uma análise mais aprofundada em estudos futuros.

A primeira consideração avalia a importância do SUS, bem como da legislação relevante (Constituição de 1988, Lei Orgânica do SUS de 1990, Lei de Migração de 2017), para a garantia do acesso desburocratizado à saúde pela população migrante. A capilaridade do SUS se expressa no fato de que todos os governos envolvidos afirmam a possibilidade do acesso aos serviços de saúde, ainda que nem todos identifiquem que esse seja desburocratizado.

Também parece estar relacionado ao SUS o elevado número de governos que indica haver profissionais capacitados para lidar com a pauta da violência doméstica e de gênero, ainda que a maioria dos governos indique que não há capacitação específica para lidar com a diversidade de idiomas e questões culturais trazidas pelas diferentes populações migrantes. A universalidade formal do acesso à saúde também deve ser avaliada quanto ao alcance e à capilaridade da regionalização dos serviços de saúde, uma vez que exige equipes atuantes, capacitadas e aptas para agir em áreas onde residem migrantes.

A segunda consideração trata da existência de orientações, fluxos ou protocolos estabelecidos na rede de saúde para facilitação e qualificação do acesso, acolhimento e atendimento em saúde para migrantes. Cumpre destacar que os estados do Rio Grande do Sul e do Paraná, e a maioria dos municípios dos participantes desses estados, incluindo a capital gaúcha, indicam não possuir tais protocolos. Não foi possível identificar uma explicação para essa ausência a partir do perfil dos governos.

Em síntese, há o acesso formal à saúde, mas a ausência de capacitação e políticas específicas voltadas ao atendimento da população migrante tende a prejudicar o acesso substantivo, pleno, universal e integral à saúde. Nesse sentido, os dados indicam que não há, em geral, políticas públicas de saúde específicas para a população migrante. Os governos certificam a universalidade e a integralidade do SUS, no entanto, quando são questionados sobre orientações, fluxos e protocolos, sinalizam a inexistência de políticas públicas de acesso à saúde que considerem as especificidades culturais e as vulnerabilidades deste grupo. Essas características ficam evidenciadas ao analisarmos as afirmações assinaladas nos Eixos 'Acesso' e 'Capacitação, Divulgação e Recorte de Gênero'.

Em consulta ao site institucional do Ministério da Saúde, verifica-se que, nas últimas décadas, foram estabelecidas diretrizes específicas para grupos historicamente discriminados e/ou vulneráveis, as quais integram a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Como exemplo, cabe mencionar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. A constatação da inexistência de políticas de atenção à saúde das populações migrantes, nos níveis municipal, estadual e federal fomenta a discussão sobre os

princípios norteadores do SUS e os desafios e caminhos para sua efetivação em relação à população migrante.

De acordo com o princípio da integralidade, é fundamental reconhecer a complexidade e as necessidades de cada pessoa. Nesse sentido, ainda que não se reivindique o estabelecimento de uma política de saúde apartada (um sistema de saúde específico) para a população migrante – tendo em vista que as diretrizes do SUS já garantem um atendimento desburocratizado, igualitário e cuidadoso com os cidadãos independente da nacionalidade – as informações obtidas indicam a importância da construção de políticas de saúde para migrantes que permitam o acesso à informação em diferentes idiomas, o atendimento sensibilizado para as especificidades das pessoas migrantes, que contribuam para ampliar o acesso e a integração ao sistema.

Nesse ponto, é importante a reflexão acerca da demanda para aprimorar a articulação da Política Nacional Migratória (art. 120 da Lei de Migração de 2017); e que uma das possibilidades para tal seria instituir uma autoridade civil migratória que pudesse cumprir estruturalmente um papel de articulação, fomento e desenvolvimento de políticas públicas, nas mais diversas áreas, incluindo o acesso à saúde, específicas aos públicos migrantes.

No que tange às capacitações, observa-se que os governos identificam a ausência de capacitações específicas para atender e se comunicar com a população migrante, bem como de campanhas específicas. Destaca-se, porém, que os indicativos das capitais são um pouco melhores, ainda que não tenha sido possível identificar uma explicação para essa diferença. A existência de mais recursos e de mais estrutura – que seria uma possível explicação – não se verifica em todos os eixos analisados.

As informações obtidas no eixo ‘capacitações’ indicam um potencial espaço de colaboração com atores da academia, sociedade civil, movimentos sociais, organizações internacionais, etc., à medida que cursos e capacitações relacionadas à temática migratória podem ter impacto também no acesso, nos dados e na governança migratória. Além disso, cabe ressaltar a importância de capacitar as instituições públicas municipais para a elaboração e aplicação das políticas de acesso, a fim de garantir uma boa coesão entre os órgãos envolvidos e os grupos populacionais afetados, bem como das estratégias e fins no que tange ao planejamento das ações.

Em relação aos dados de perfil de acesso a serviços e saúde de migrantes é possível observar uma diferença: a maioria dos estados não consegue coletar, trabalhar e aplicar os dados; metade dos municípios indica coletar, mas não trabalhar com eles; e, no caso das capitais, a maioria indica coletar e trabalhar com eles.

No que se refere à governança é possível observar, mais uma vez, as capitais apresentarem números um pouco mais elevados do que os demais municípios e os estados, indicando haver setor ou referência em migração, e que esse trabalha de forma articulada com outros órgãos e setores.

Importa referir que as diferenças de respostas entre estados e municípios (aqui incluídas as capitais) devem ser lidas levando-se em consideração as diferentes competências institucionais e administrativas desses entes. No entanto, o fato de estados gerirem maior montante de recursos, possuírem um corpo de servidores maior e poderem articular ações regionais, envolvendo

mais de um município, eleva esses atores a um papel fundamental na garantia e consolidação do acesso à saúde pelas populações migrantes. Trata-se de um papel de articulação fundamental que não se expressa de maneira evidente. Isso pode ser explicado, eventualmente, pelos limites do formulário em abarcar de maneira mais específica elementos de sua atuação, ou indício de que esses entes não têm desempenhado essas funções.

Em relação aos municípios que não são capitais é possível observar que, embora parte da amostra indique elementos de garantia de acesso à saúde para a população migrante, quando cruzados e confrontados com outras assertivas que poderiam corroborar através de elementos mais específicos desse acesso, os dados se mostram bastante reduzidos. É, portanto, possível afirmar que, no geral, a política de saúde voltada à população migrante ainda não é uma realidade na maioria dos municípios analisados. Tal afirmação deve, porém, ser contextualizada de acordo com a divisão de competências entre os entes federativos e a divisão de recursos para concretizá-las. Há um desequilíbrio entre as responsabilidades e funções constitucionalmente atribuídas aos municípios e os recursos financeiros a eles dedicados, substancialmente os de menor porte, nos quais a dependência das transferências constitucionais é acentuada.

Ainda no que se refere a esses municípios, importa apontar que uma das hipóteses com as quais trabalhou-se, quanto a uma relação direta entre tamanho do município e quantidade de infraestrutura/processos de governança migratória, não se confirmou na análise, conforme exemplificado nos casos de Corumbá (MS) e Guarulhos (SP), que responderam positivamente a maior parte das perguntas e diferenciam-se significativamente em termos de IDHM, número de habitantes, PIB de per capita e número de migrantes acolhidos. Ambos se assemelham por serem espaços de fronteira, com grande trânsito migratório. Nesse sentido, é preciso incluir fatores contextuais, como a ser porta de entrada para viajantes estrangeiros ou estar localizado em região de fronteira, para explicar as diferenças entre respostas de governança migratória.

Por fim, a análise dos dados aponta para o desafio de fortalecimento, ampliação e qualificação da governança migratória, não apenas por parte de municípios e estados, como também por parte do poder central, das instituições públicas, das organizações da sociedade civil e do público migrante, de modo que se possa formar uma rede de articulação, diálogo e participação para a construção de um processo de integração social digno, amplo e democrático.

6. Referências

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html. Acesso em: 30 jul. 2021

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.html. Acesso em: 30 jul 2021

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. Brasília, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/> Acesso em: 30 jul 2021

Guia de Deslocamento - Estratégia de Interiorização. 2021. Organização Internacional para as Migrações (OIM) - Brasil. Disponível em: https://brazil.iom.int/sites/brazil/files/Publications/Guia-dedeslocamentosassistidosweb_0.pdf Acesso em 21 ago 2021.

Ministério da Cidadania. Painel Interiorização. Brasília, 2020. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/painel-interiorizacao/> Acesso em: 30 jul 2021

MIGRACIDADES. Perfil de Governança Migratória Local. Porto Alegre: Organização Internacional para as Migrações (OIM) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/migracidades/publicacoes/relatorios-rodada-2020/> Acesso em: 30 jul 2021

MS. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Plano Estadual de Saúde Mato Grosso do Sul 2018 – 2020 – Campo Grande: SES, 2020. P. 69 e 281. Disponível: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Plano-Estadual-2020-2023-MS.pdf> Acesso em: 30 jul 2021

PR. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023 - Curitiba: SESA, 2020. P. 129. Disponível em: http://www.conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/Plano_Estadual_de_Saude/PLANO_ESTADUAL_SAUDE_2020_2023.pdf Acesso em: 30 jul 2021

RS. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2020-2023/ Organização Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão - Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021. P. 32, 34, 36 e 118. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202103/31105430-plano-estadual-de-saude-2020-2023.pdf> Acesso em: 30 jul 2021

SANTOS, Willians. Imigrantes entre a vulnerabilidade e a violência. Museu da Imigração. São Paulo, 2020. Acesso em 26, jul. 2021. Disponível em: <http://museudaimigracao.org.br/blog/migracoes-em-debate/imigrantes-entre-a-vulnerabilidade-e-a-violencia> Acesso em: 30 jul 2021

UNICAMP. Núcleo de Estudos de População "Elza Berquó" (NEPO) da Universidade Estadual de Campinas. Migrantes internacionais registrados (Registro Nacional de Estrangeiro - RNE/ Registro Nacional Migratório - RNM). Campinas, São Paulo. 2020. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/observatorio/bancointerativo/numeros-imigracao-internacional/sinre-sismigra/> Acesso em: 30 jul 2021

7. Anexos

7.1 Estados

Afirmações assinaladas pelos estados referentes ao Eixo 'Acesso'

	CE	MG	MS	PR	RN	RS
As pessoas migrantes têm acesso a serviços de atenção primária em saúde.						
As pessoas migrantes têm acesso a encaminhamento para serviços de atenção ambulatorial e hospitalar.						
O acesso aos serviços de saúde é feito de forma desburocratizada (ex.: sem exigência de documentos nacionais e/ou facilitação no cadastro para o Cartão SUS).						
Existem orientações, fluxos ou protocolos estabelecidos na rede de saúde para facilitação e qualificação do acesso, acolhimento e atendimento em saúde para migrantes.						
Os serviços de atenção primária em saúde estão regionalizados de forma a terem equipes atuantes em todos os locais onde residem migrantes.						

Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

Afirmações assinaladas pelos estados referentes ao Eixo ‘Capacitação, Divulgação e Recorte de Gênero’

	CE	MG	MS	PR	RN	RS
Há, nos serviços de saúde, profissionais capacitados para acolher migrantes considerando a dimensão da diversidade cultural.						
Há profissionais capacitados nos serviços de saúde para realizar comunicação com migrantes em diferentes idiomas.						
Foram ofertadas capacitações sobre acolhimento e atenção à saúde de migrantes junto a servidores dos serviços de saúde no último ano.						
Foram realizadas campanhas que abordassem o direito à saúde de pessoas migrantes no último ano.						
Foram realizadas ações informativas junto a migrantes acerca de temas como direito à saúde, serviços de saúde locais e funcionamento do SUS no último ano.						
As capacitações, campanhas e/ou distribuição de materiais informativos buscaram promover a diversidade, fortalecer a sensibilidade cultural e coibir qualquer forma de discriminação.						
Os profissionais de saúde são capacitados para compreender as diferenças culturais que podem estar relacionadas a questões de gênero.						
Os profissionais de saúde são capacitados para identificar casos de tráfico de pessoas.						
Os profissionais de saúde são capacitados para identificar casos de violência doméstica ou de gênero.						

Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

Afirmações assinaladas pelos estados referentes ao Eixo 'Dados'

	CE	MG	MS	PR	RN	RS
São coletados dados sobre o perfil de acesso a serviços e as demandas de saúde de migrantes.						
São publicados dados sobre acesso a serviços e demandas de saúde de migrantes, sempre respeitando o sigilo e anonimato dos usuários.						
Os dados coletados permitem enxergar a demanda reprimida de acesso à saúde pelas pessoas migrantes.						
Os dados são utilizados para propor mudanças nos fluxos, programas e políticas locais de acesso à saúde de migrantes.						
É possível desagregar os dados coletados por país de origem da pessoa migrante.						
Há um setor capacitado para acolher demandas das pessoas migrantes, bem como registrar práticas de discriminação e xenofobia nos serviços de saúde.						

Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

Afirmações assinaladas pelos estados referentes ao Eixo 'Governança'

	CE	MG	MS	PR	RN	RS
Há setor ou referência local na gestão dedicado à promoção do acesso à saúde por migrantes.						
O setor ou referência local dedicado à promoção do acesso à saúde por migrantes trabalha de forma conjunta com outros setores, alinhando demandas e ações entre secretarias e órgãos.						

Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

7.2 Capitais

Afirmações assinaladas pelas capitais referentes ao Eixo 'Acesso'

	BE	CWB	RJ	SP	POA
As pessoas migrantes têm acesso a serviços de atenção primária em saúde.					
As pessoas migrantes têm acesso a encaminhamento para serviços de atenção ambulatorial e hospitalar.					
O acesso aos serviços de saúde é feito de forma desburocratizada (ex.: sem exigência de documentos nacionais e/ou facilitação no cadastro para o Cartão SUS).					
Existem orientações, fluxos ou protocolos estabelecidos na rede de saúde para facilitação e qualificação do acesso, acolhimento e atendimento em saúde para migrantes.					
Os serviços de atenção primária em saúde estão regionalizados de forma a terem equipes atuantes em todos os locais onde residem migrantes.					

Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

Afirmações assinaladas pelas capitais referentes ao Eixo ‘Capacitação, Divulgação e Recorte de Gênero’

	BE	CWB	RJ	SP	POA
Há, nos serviços de saúde, profissionais capacitados para acolher migrantes considerando a dimensão da diversidade cultural.					
Há profissionais capacitados nos serviços de saúde para realizar comunicação com migrantes em diferentes idiomas.					
Foram ofertadas capacitações sobre acolhimento e atenção à saúde de migrantes junto a servidores dos serviços de saúde no último ano.					
Foram realizadas campanhas que abordassem o direito à saúde de pessoas migrantes no último ano.					
Foram realizadas ações informativas junto a migrantes acerca de temas como direito à saúde, serviços de saúde locais e funcionamento do SUS no último ano.					
As capacitações, campanhas e/ou distribuição de materiais informativos buscaram promover a diversidade, fortalecer a sensibilidade cultural e coibir qualquer forma de discriminação.					
Os profissionais de saúde são capacitados para compreender as diferenças culturais que podem estar relacionadas a questões de gênero.					
Os profissionais de saúde são capacitados para identificar casos de tráfico de pessoas.					
Os profissionais de saúde são capacitados para identificar casos de violência doméstica ou de gênero.					

Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

Afirmações assinaladas pelas capitais referentes ao Eixo 'Dados'

	BE	CWB	RJ	SP	POA
São coletados dados sobre o perfil de acesso a serviços e as demandas de saúde de migrantes.					
São publicados dados sobre acesso a serviços e demandas de saúde de migrantes, sempre respeitando o sigilo e anonimato dos usuários.					
Os dados coletados permitem enxergar a demanda reprimida de acesso à saúde pelas pessoas migrantes.					
Os dados são utilizados para propor mudanças nos fluxos, programas e políticas locais de acesso à saúde de migrantes.					
É possível desagregar os dados coletados por país de origem da pessoa migrante.					
Há um setor capacitado para acolher demandas das pessoas migrantes, bem como registrar práticas de discriminação e xenofobia nos serviços de saúde.					

Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

Afirmações assinaladas pelas capitais referentes ao Eixo 'Governança'

	BE	CWB	RJ	SP	POA
Há setor ou referência local na gestão dedicado à promoção do acesso à saúde por migrantes.					
O setor ou referência local dedicado à promoção do acesso à saúde por migrantes trabalha de forma conjunta com outros setores, alinhando demandas e ações entre secretarias e órgãos.					

Fonte: Diagnóstico MigraCidades 2020.

7.3 Municípios

Os dados dos municípios participantes estão disponíveis nas figuras 10,11,12,13.





MIGRA
CIDADES

www.ufrgs.br/migracidades
migracidades@ufrgs.br
[@migracidades](https://www.instagram.com/migracidades)