

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

“Não temos tempo de temer a morte”

Saúde e política antiporão de migrantes racializados durante a
pandemia de Covid-19

Alexandre Branco-Pereira

**São Carlos
2024**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**“Não temos tempo de temer a morte”: saúde e política antiporão de
migrantes racializados durante a pandemia de Covid-19**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Antropologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Igor José de Renó Machado

São Carlos

2024

Para Martin, Juliana, Chico e Danda.

Branco-Pereira, Alexandre

"Não temos tempo de temer a morte": uma etnografia da criatividade política de migrantes racializados durante a pandemia de Covid-19 / Alexandre Branco-Pereira -- 2024. 199f.

Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos
Orientador (a): Igor José de Renó Machado
Banca Examinadora: Alexandra Almeida, Bruna Potech, Eugenia Brage, Iana Vasconcelos
Bibliografia

1. Antropologia da saúde. 2. Pandemia. 3. Imigrantes. I. Branco-Pereira, Alexandre. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

Relatório de Defesa de Tese

Candidato: Alexandre Branco Pereira

Aos 15/01/2024, às 10:00, realizou-se na Universidade Federal de São Carlos, nas formas e termos do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, a defesa de tese de doutorado sob o título: Não temos tempo de temer a morte: uma etnografia da criatividade política de migrantes racializados em São Paulo durante a pandemia de Covid-19, apresentada pelo candidato Alexandre Branco Pereira. Ao final dos trabalhos, a banca examinadora reuniu-se em sessão reservada para o julgamento, tendo os membros chegado ao seguinte resultado:

Participantes da Banca	Função	Instituição	Resultado	Resultado Final
Prof. Dr. Igor José de Renó Machado	Presidente	UFSCar	Aprovado	APROVADO
Profa. Dra. Bruna Potechí	Titular	UFSCar	Aprovado	
Profa. Dra. Iana dos Santos Vasconcelos	Titular	UFRR	Aprovado	
Profa. Dra. Eugenia Brage	Titular	CEBRAP	Aprovado	
Profa. Dra. Alexandra Cristina Gomes de Almeida	Titular	UNIFESP	Aprovado	

Parecer da Comissão Julgadora*:

A banca destaca a originalidade da tese e a qualidade final do texto, recomendando a publicação do trabalho.

Encerrada a sessão reservada, o presidente informou ao público presente o resultado. Nada mais havendo a tratar, a sessão foi encerrada e, para constar, eu, Igor José de Renó Machado, representante do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, lavrei o presente relatório, assinado por mim e pelos membros da banca examinadora.

Prof. Dr. Igor José de Renó Machado

Representante do PPG: Igor José de Renó Machado

Profa. Dra. Bruna Potechí

Profa. Dra. Iana dos Santos Vasconcelos

Profa. Dra. Eugenia Brage

Profa. Dra. Alexandra Cristina Gomes de Almeida

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Bruna Potechí, Iana dos Santos Vasconcelos, Eugenia Brage, Alexandra Cristina Gomes de Almeida e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.



Documento assinado digitalmente
IGOR JOSE DE RENO MACHADO
Data: 15/01/2024 14:05:53-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Igor José de Renó Machado

(x) Não houve alteração no título () Houve alteração no título. O novo título passa a ser:

Observações:

- Se o candidato for reprovado por algum dos membros, o preenchimento do parecer é obrigatório.
- Para gozar dos direitos do título de Mestre ou Doutor em Antropologia Social, o candidato ainda precisa ter sua dissertação ou tese homologada pelo Conselho de Pós-Graduação da UFSCar.

Resumo: É conhecida a hegemonia da perspectiva da vulnerabilidade nos estudos produzidos sobre os migrantes. Fruto de uma pesquisa etnográfica realizada entre 2020 e 2023, este trabalho se interessa em compreender as respostas políticas que migrantes racializados articularam diante do fim do mundo representado pela pandemia de Covid-19. Discuto, por meio da análise das mobilizações políticas em contextos de saúde durante a pandemia, como são tensionadas as categorias êmicas de universalidade e equidade - esta última frequentemente tomada enquanto semanticamente próxima a privilégio. Assim, a saúde é um direito escasso - quanto mais pessoas acessam, menos direito há para ser acessado. A noção de universalidade - do SUS, mas também do status de humano - engendra uma lógica de aplainamento das desigualdades pela supressão das diferenças, produzindo mundos irreconciliáveis. Tais fenômenos compõem o que chamo de mecanismos de imposição de esquecimento, que aloca fatos políticos incômodos na seara das alucinações. Assim, o que é real é definido pela indexação de poder. É nesse contexto que emergem os movimentos de migrantes, com o objetivo de tornar real o considerado alucinado, aterrando e garantindo o registro de suas demandas políticas perante o Estado. Este é um trabalho de antropologia engajada que procura estabelecer relações horizontais com seus interlocutores, atuando não apenas na prospecção de dados a frio, mas buscando construir junto a eles uma política antiporão.

Palavras-chave: SUS; universalidade; equidade; migrantes; Covid-19; alucinação

Abstract: The hegemony of the vulnerability perspective in studies produced on migrants is well known. As a result of an ethnographic research carried out between 2020 and 2023, this work is interested in understanding the political responses that racialized migrants articulated in the face of the end of the world represented by the Covid-19 pandemic. I discuss, through the analysis of political mobilizations in health contexts during the pandemic, how the emic categories of universality and equity are tensioned - often taken as semantically close to privilege. Thus, health is a scarce right - the more people access it, the fewer rights there are to be accessed. The notion of universality - of the SUS, but also of human status - engenders a logic of flattening inequalities by suppressing differences, producing irreconcilable worlds. Such phenomena make up what I call forced forgetfulness mechanisms, which allocate uncomfortable political facts to the realm of hallucinations. Thus, what is real is defined by the indexation of power. It is in this context that migrant movements emerge, with the aim of making what is considered hallucinated real, grounding and guaranteeing the registration of their political demands before the State. This is a work of engaged anthropology that seeks to establish horizontal relationships with its interlocutors, acting not only in cold data prospecting, but seeking to build an anti-basement policy with them.

Key words: SUS; universality; equity; migrants; Covid-19; hallucination

Lista de abreviaturas

ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados

ACP - Ação Civil Pública

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIS - Agente Indígena de Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AMILV - Associação de Mulheres Imigrantes Luz e Vida

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEIPARM-RJ - Comitê Estadual Intersetorial de Políticas de Atenção aos Refugiados e Migrantes do Rio de Janeiro

CDHIC - Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante

CICB - Centro Internacional de Convenções do Brasil

CNLSPM - Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CMI-SP - Conselho Municipal dos Imigrantes de São Paulo

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

Covid-19 - *Coronavirus Disease 2019*

CPF - Cadastro de Pessoa Física

CPMig-TD - Coordenadoria de Políticas para Migrantes e Promoção do Trabalho Decente

CUT - Central Única dos Trabalhadores

DPU - Defensoria Pública da União

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

EC95 - Emenda Constitucional nº 95

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FENAMI - Frente Nacional pela Saúde de Migrantes

FOGO - *Fear of Going Out*

FSAM - Fórum Social Américas das Migrações

FSMM - Fórum Social Mundial das Migrações

G20 - Grupo dos 20

GT - Grupo de Trabalho

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MDB - Movimento Democrático Brasileiro
MPF-RJ - Ministério Público Federal do Rio de Janeiro
MRSB - Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira
OIM - Organização Internacional para as Migrações
OMS - Organização Mundial da Saúde
PGM-SP - Procuradoria Geral do Município de São Paulo
PPA - Plano Plurianual
PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira
REME - Movimento de Renovação Médica
RNM - Registro Nacional Migratório
RSF - Rede Sem Fronteiras
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS-CoV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*
SEINSF - Serviço de Apoio Institucional e Articulação Federativa
SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIVEP-Gripe - Sistema de Vigilância da Gripe
SMS-SP - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
USIH - União Social dos Imigrantes Haitianos
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
VOC - *Variant of concern*
VOI - *Variant of interest*
VUM - *Variant under monitoring*

Lista de imagens

Imagem 1: Familiares de pacientes internados fazem fila para comprar oxigênio em 15 de janeiro de 2021. Foto: Reuters/Bruno Kelly	16
Imagem 2: Imagem aérea do cemitério Vila Nova Cachoeirinha, maior cemitério da cidade de São Paulo, em março de 2021. No dia 28 de março daquele ano, a cidade de São Paulo registrou o maior número de enterros em um único dia em sua história: 392. Os sepultamentos foram suspensos no Vila Nova Cachoeirinha em 30 de março por falta de espaço.....	33
Imagem 3: Captura de tela de documento fornecido pela Polícia Federal ao pesquisador em setembro de 2021 indicando o número de migrantes deportados entre 2019 e agosto de 2021.....	41
Imagem 4: Registro da estação Sé do metrô de São Paulo em 17 de março de 2021 feito por um usuário. No dia anterior, o Brasil havia registrado 2.850 mortes por Covid-19, maior número até aquele momento. Menos de um mês depois, em 8 de abril, o país registraria o número recorde de mortes em um só dia: 4.249.....	43
Imagem 5: Modelo de Ficha de Investigação de Síndrome Gripal Suspeito de Doença pelo Covid-19 (Ficha SG) - 25 de agosto de 2020.....	70
Imagem 6: Modelo de Ficha de Registro Individual - Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizações (Ficha SRAG) - 12 de março de 2020.....	72
Imagem 7: Capturas de tela de e-mails de março de 2020 encaminhados pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo às unidades de saúde do estado orientando equipes de saúde a notificar apenas casos graves de Covid-19. As comunicações sublinham que casos leves - “com qualquer sintoma respiratório ou sem febre” - seriam notificados apenas quando se tratassem de profissionais de saúde.....	73
Imagem 8: Distribuição da população preta e parda no município de São Paulo conforme o censo de 2010.....	90

Imagem 9: Mapa de calor que representa a concentração de hospitalizações por Covid-19 e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no município de São Paulo no período entre Março de 2020 e Abril de 2021.....	91
Imagem 10: População vacinada com a 1ª dose pelo critério etário até 17 de maio de 2021 no município de São Paulo.....	92
Imagem 11: Distribuição da população imunizada com duas doses até 17 de maio de 2021 no município de São Paulo.....	93
Imagem 12: Mapa do município de São Paulo destacando os três bairros onde ocorreram os mutirões: Lajeado, em 11 de setembro; Cidade Tiradentes, em 30 de outubro; e Guaianases, em 27 de novembro.....	99
Imagem 13: Imigrante boliviano aimará toma a primeira dose da vacina contra a Covid-19 no mutirão do distrito de Lajeado, em 11 de setembro de 2021.....	101
Imagem 14: Polo presencial de João Pessoa, PB. 20 de maio de 2023.....	129
Imagem 15: Polo presencial de Maricá, RJ. 20 de maio de 2023.....	130
Imagem 16: Polo presencial de Foz do Iguaçu, PR. 20 de maio de 2023.....	131

Lista de tabelas

Tabela 1: Os cinco momentos do ciclone da Covid-19.....	28
Tabela 2: Exercício de comparação entre a cobertura vacinal contra a Covid-19 em países do centro do mundo colonial - e com populações majoritariamente brancas, como no caso das ex-colônias Canadá e Estados Unidos - e países das franjas deste navio-mundo, as ex-colônias com populações majoritariamente não-brancas.....	47
Tabela 3: Lista de organizações titulares e suplentes com cadeira no Conselho Nacional de Saúde no segmento usuário.....	118
Tabela 4: Diretrizes e propostas aprovadas na Conferência Livre de Saúde das Populações Migrantes.....	133
Tabela 5: Diretrizes e propostas aprovadas na 17 ^a Conferência Nacional de Saúde que mencionam as populações migrantes em sua redação.....	141

Agradecimentos

Nunca poderia iniciar esse texto agradecendo a outra pessoa que não a minha companheira de vida, de sofrimento, de luta, de aprendizado e de jornada, Juliana Maciel Machado. Tudo só existe porque ela existe. Eu te amo.

Agradeço ao meu pitico, Martin Maciel Pereira Machado Branco, que nasceu no epicentro geográfico da pandemia no Brasil durante sua pior fase pesando apenas 2,1 kg. Eu agradeço todos os dias por ter sentido o que senti no dia em que te vi pela primeira vez. Agradeço ao medo que passei de te perder, e ao medo que ainda sinto ao te ver crescer. Significa que você está aqui, comigo, e eu sempre estarei aqui, com você.

Agradeço à minha mãe, que hoje existe de uma outra forma, por ter me alfabetizado emocionalmente. Se ela não tivesse me ensinado a suportar e a reagir à violência, à tutela e à injustiça, eu provavelmente não estaria mais aqui. Não há um dia que eu não sinta falta de rir e conversar, de sentir o cheiro e de abraçá-la e beijá-la. Queria muito que você tivesse conhecido o Martin, mãe.

Agradeço a toda a minha família. À Mariana, por sempre estar presente, por se importar e por ter também me ensinado a sobreviver ao inferno. Ao meu pai, por ter sido meu mestre em tantos assuntos, em especial na política, e por ter ajudado a segurar tantas barras difíceis - nunca vou esquecer toda a ajuda que você deu a mim, à Ju e ao Tintim. À Lu, Maria, Raquel, Sarah e Aylla, a quem eu amo muito, e que me dão tanto todos os dias. À Gabi, por ter tanto carinho pelo Tintim e por cuidar tão bem do que é importante para nós. Ao Chico e à Danda, por me ensinarem que eu era capaz de cuidar, e que o amor pode ser mais simples do que parece. Ao Paco, que já é um homem e que me enche de orgulho pela cabeça boa. Ao Theo, por toda sua inocência e curiosidade que fazem com que o mundo nunca perca seu encanto. À Gilda, pelo cuidado e zelo de sempre. Tia Madalena, por sua sabedoria de matriarca, e seus filhos, Nenê e Cristina, por abrirem as portas de suas casas para minha família. À Tia Lúcia, que me recebeu com tanto carinho, e que descansou desse mundo de turbulências. À Dona Du, seu Airton, Linda e Edinho, por terem salvado nossa pele tantas vezes e serem referências tão enormes para toda nossa família. Por fim, agradeço muito às minhas avós e avôs, Maria, Fernando, Geraldo e Rute, por lançarem as bases para que fôssemos.

Agradeço ao meu orientador, Igor José de Renó Machado, por brigar ao meu

lado e por me trazer sobriedade quando necessário. Pela liberdade acadêmica concedida, e pelo suporte e apoio, inclusive material, nos muitos momentos difíceis do doutorado.

Agradeço aos meus colegas do Laboratório de Estudos Migratórios, Gabriel Jimenez, Bruna Potechi, Alexandra Almeida, Iana Vasconcelos, Juliana Carneiro, Gabrielle Cunha, Gil Lourenção, Érica Hatugai, Paula Sayuri e Victor Hugo Kebbe, pelos diálogos frequentes e sempre muito engrandecedores.

Às minhas amigas da Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados, meu agradecimento eterno por tudo, em especial pela interlocução próxima e pelo gás nos momentos de organização, como nos mutirões de vacinação - Giselli Domingues, você é incansável, muito obrigado. Um abraço muito especial às minhas colegas de coordenação, Ana Elisa Bersani, Andressa Castelli, Ingrith Andrade, que dividiram o mel e o fel de um trabalho não-remunerado, pouco reconhecido, mas com muito senso de propósito.

Às amigas e amigos da Frente Nacional pela Saúde de Migrantes, Gabriela Teixeira, Henrique Galhano, Maria Ângela Martins, Julianna Coutinho, Fernanda da Guia, James Lalane, Patrícia Lewis, Marluce Santana, Andrés Bernal, e tantos e tantas outras com quem trabalhei ao longo desses dois anos de FENAMI. Nada é possível sozinho.

À Oriana Jara, a maior liderança migrante com quem já tive o prazer de atuar, pelo afeto de sempre, pelo companheirismo, pela tenacidade. Não fosse a sua intervenção, eu e minha esposa grávida teríamos passado fome durante a pandemia.

Às minhas queridas líderes da Associação de Mulheres Imigrantes Luz e Vida, Yolanda Palacios e Miriam Guarachi, que são exemplo e que deveriam inspirar a todos nós.

À Rona Lubo, grande parceira de muitas lutas, e com quem faz tempo que não falo - sinto muito sua falta.

À Falilatou Sarouna, que conheci pessoalmente há pouco tempo, mas que já me ensinou muito.

À Eugenia Brage, Bruna Potechi, Iana Vasconcelos, Alexandra Almeida, Ana Elisa Bersani e Olof Ohlson por terem aceitado compor minha banca, pelas leituras e comentários certamente úteis para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas do Promigras-Unifesp, em especial Denise Martin, Regina

Matsue e Cássio Silveira, pelos trabalhos conjuntos, e pelo apoio em momentos de dificuldade.

À Bela Feldman-Bianco, pelos diálogos constantes durante a pandemia e pelo apoio às iniciativas que liderei. Sinto que este trabalho também é fruto de sua influência e de sua ajuda.

À Denise Gastaldo, a quem devo o fato de ter voltado a ter gana pela carreira acadêmica, e que me possibilitou retornar à Toronto em 2024. Obrigado pela generosidade.

À Andrea Cortinois, por ter me recebido tão gentilmente na Universidade de Toronto e em sua casa, e pelas afinidades políticas. Um salve às confluências!

À Karina Quintanilha, Daniel Perseguidor e ao Fronteiras Cruzadas, pela parceria nas lutas e por sempre estarem do lado certo.

À Ana Flávia Bádue pela oficina de escrita de projetos para a Wenner-Gren Foundation. Seu trabalho mudou a minha vida e a de outros colegas, dedicando seu tempo gratuitamente para nos auxiliar.

Ao amigo Everson Fernandes, por todas as parcerias e pelas dificuldades vividas que compartilhamos. Sua perspectiva sobre a pandemia certamente influenciou consideravelmente a escrita deste trabalho.

Aos meus ex-alunos da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), que foram os primeiros a me aturarem no ensino superior.

Aos mandatos do deputado estadual por São Paulo, Eduardo Suplicy - em especial à Larissa Alckmin -, da vereadora de São Paulo, Luana Alves - em especial à Ana Paula Teixeira -, das deputadas federais Érika Hilton e Sâmia Bomfim, e do senador Paulo Paim pela interlocução constante e pela parceria na vocalização de temas que são importantes para as populações migrantes.

Agradeço imensamente à Anna Triandafyllidou pela excelente supervisão durante meu estágio doutoral no Canada's Excellence Research Chair (CERC) in Migration and Integration, e por mostrar que é possível conjugar excelência acadêmica de nível internacional e simpatia. Também agradeço aos amigos do CERC e de Toronto, Shiva Mohan, Jessica Jung, Tania Bonilla Mena, Miriam Altamira, Nick Jung, e, em especial, à Lia e ao Guilherme, por tornarem o inverno canadense menos intolerável e por terem ajudado tanto.

Por fim, agradeço à CAPES e à Wenner-Gren Foundation pelos financiamentos que possibilitaram o desenvolvimento deste trabalho.

SUMÁRIO

Introdução.....	17
“É preciso estar atento e forte”	17
Situando a pesquisa: notas metodológicas.....	23
Notas teóricas.....	28
Modernidade, universalidade e humanidade.....	28
Racialização, migração e nacionalidade.....	30
Desigualdades em saúde e racismo.....	31
Antropologia das pandemias e epidemias.....	32
Estrutura da tese.....	34
Capítulo 1 - O fim do mundo.....	37
Política do porão: o fim do mundo como oportunidade de negócio.....	37
Pandemia e neoliberalismo: regulações, variantes e semiologia.....	43
Regulações.....	45
Variantes e gestão semiótica da pandemia.....	47
Vacinação: entre a imunologia e a semiologia.....	52
Considerações finais.....	57
Capítulo 2 - Alucinando uma pandemia: o privilégio do apagamento, e a primazia sobre a realidade.....	60
Alucinação: a construção do real e do mundo-em-si.....	62
“O meu delírio é a experiência com coisas reais”.....	65
Breve contextualização sobre o SUS.....	71
A campanha “Nacionalidade no SUS”, e os fatos políticos incômodos como alucinações.....	75
Considerações finais.....	90
Capítulo 3 - Tensões entre universalidade e equidade no acesso de imigrantes ao SUS.....	93
Do Universal e do particular, ou do equitativo.....	95
“As leis não bastam...”.....	97
“... os lírios não nascem das leis.”.....	105
Entre a universalidade e a equidade: breve remissão, e disputas sobre o SUS.....	112
Considerações finais: Viva o SUS! Viva a ciência!.....	118
Capítulo 4 - “Não temos tempo de temer a morte”: o fim do mundo como oportunidade para uma política antiporão.....	121
Participação popular no SUS.....	124
Da Plenária à Conferência Livre.....	129
A 1ª Plenária Nacional “Saúde e Migração em tempos de Covid-19”.....	129
A 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes.....	134
A 17ª Conferência Nacional de Saúde.....	147
“Não cante vitória muito cedo, não.”.....	156
Das picuinhas: por uma política antiporão.....	157

Considerações finais.....	160
Conclusão: quais mundos existirão?.....	163
Referências bibliográficas.....	168

Introdução¹

“É preciso estar atento e forte”²

O mês de julho de 2021 foi um mês de sinais ambíguos. A mais devastadora onda de Covid-19 desde o início da pandemia - até agora - refluía aos poucos após vitimar, entre janeiro e julho, mais de 350 mil pessoas no Brasil (Brasil, 2023) - praticamente a metade de todos os mortos pela pandemia no país entre 2020, seu início, e o fim de 2023, quando este texto está sendo redigido. Simultaneamente, o mês registrava mais mortes que julho de 2020 - 33.660 em 2021, contra 32.912 mortes no mesmo mês do ano anterior (Pinheiro, 2021) -, pior mês do primeiro ano de pandemia, quando ainda não havia vacinas, indicando que as aberturas econômicas, postas em marcha pela pressão do capital, estavam mais implicadas no crescimento exponencial dos contágios e mortes do que se gostaria de admitir. Conviviam as sensações de alívio pela desaceleração dos contágios e mortes, e de angústia por tudo estar relativamente pior, mesmo após tanto tempo decorrido desde o início da pandemia.

Agravada pela postura ativa de sabotagem do governo federal, em especial do então presidente da República Jair Bolsonaro, a variante Gamma do vírus SARS-CoV-2 (à época, chamada de variante brasileira, ou variante de Manaus) varreu o país durante a primeira metade de 2021, produzindo cenas apocalípticas em hospitais, cemitérios e crematórios. Manaus, citada acima, foi palco de um cenário catastrófico: curiosamente incapazes, após um ano de pandemia, de prever os potenciais efeitos devastadores do vírus - tido aqui como manifestação neutra da natureza, ou da *realidade*, alheia às nossas disputas políticas mundanas -, gestores públicos foram “surpreendidos” pelo aumento acelerado da demanda de cilindros de oxigênio na cidade. Pessoas desesperadas imploravam por ajuda nas redes sociais, em vídeos reproduzidos à exaustão por veículos de comunicação de todo o país, enquanto outras buscavam comprar ou mandar encher cilindros junto a fornecedores particulares de fora da cidade. O sistema de saúde, incapaz de lidar com o volume de pessoas acometidas por formas graves da doença, colapsou e não pôde atender

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

² Trecho da música “Divino, maravilhoso”, lançada em 1969 por Gal Costa.

àqueles que tentavam, em vão, tomar fôlego. Mergulhados em oxigênio, afogaram-se ainda assim.



Imagem 1: Familiares de pacientes internados fazem fila para comprar oxigênio em 15 de janeiro de 2021. Foto: Reuters/Bruno Kelly

A vacinação, iniciada em janeiro daquele ano, ainda caminhava a passos lentos no mês de julho, em especial entre grupos historicamente marginalizados pela lógica colonial de configuração do mundo, por processos de racialização e pela exclusão material (Marino et al., 2021). Esses grupos, habitantes do porão do navio-mundo em meio à tempestade moderna, foram as vítimas preferenciais de uma pandemia frequentemente chamada de democrática pela topografia supostamente universal de seus efeitos deletérios. Positivistas - adjetivo condizente para classificar quem se antagonizava aos negacionistas - ignoravam este fato, e celebravam a prevalência de mortes entre aqueles que “decidiam” não se vacinar, ao mesmo tempo em que cobravam a implementação de passaportes vacinais que limitassem a circulação daqueles que não pudessem comprovar o recebimento de doses da vacina. O passaporte atestaria, portanto, a passagem à modernidade. A pandemia existia por culpa dos extramodernos, ou porque “comiam morcegos”, ou porque não acreditavam na ciência e recusavam-se a cumprir o *pacto coletivo*, simbolizado pela campanha de vacinação - um pacto coletivo que não imiscuía-se

de deixá-los para morrer na linha de frente de trabalhos precarizados durante a maior catástrofe global em décadas.

Também naquele julho de 2021 ocorreu a etapa regional sudeste da 1ª Plenária Nacional “Saúde e Migração em Tempos de Covid-19”. A Plenária teve o objetivo de ser um espaço de escuta e debate entre populações migrantes, profissionais e gestores de saúde, pesquisadores e ativistas como forma de combater “a sistemática invisibilização e silenciamento das populações migrantes residentes no país, em especial daquela parcela que encontra-se indocumentada ou irregular” (Plenária, 2021). Ela foi organizada por meio da proposição de atividades autogestionadas, isto é, atividades pensadas por seus próprios participantes, contando com o suporte da comissão organizadora para a sua execução, realizando a abertura de salas virtuais, a gravação e transmissão das atividades e o registro de presença dos participantes.

Na etapa regional sudeste, uma das atividades foi proposta e organizada pela liderança congoleza Hortense Mbuyi, então presidente do Conselho Municipal dos Imigrantes de São Paulo. Na atividade, chamada “La diaspora africaine face à la pandémie”, discutiu-se, entre outros tópicos, o medo, reportado por membros da comunidade congoleza no Brasil, de que dois tipos de vacinas estavam sendo aplicadas: as vacinas para pessoas brancas, desenvolvidas para, de fato, imunizá-las e protegê-las contra a Covid-19, e as vacinas para pessoas negras, que seriam falsas ou feitas para “assassinar” as pessoas que com elas fossem inoculadas. Ao ouvir a menção a este medo por parte de outra participante da atividade, Mwewa Lumbwe, liderança congoleza de Santa Catarina - chamada por todos na atividade de Mama Mwewa -, interveio:

“Se eu tô com tanto medo de receber uma vacina falsa, eu entro na fila, deixo um branco na frente, um branco atrás de mim pra pegar a vacina da mesma... do mesmo frasco. Mas se eu ficar doente, com Covid, na fila da intubação, sinceramente... aí tem risco. Porque, é, tem até um caso, não tô falando isso à toa, teve um caso na Itália onde um rapaz estava doente na maca, querendo... ele falava ‘eu não tô respirando bem, eu não tô respirando bem’, e a enfermeira disse pra ele: ‘Não, você não pode entrar na intubação.’ ‘Por quê?’ ‘Por que você é negro.’ Porque entre um negro que precisa de ar, e um branco que precisa de ar (Alexandre, desculpa, estamos falando de um debate **oficial**), é claro que vão colocar num branco! Isso daí não é segredo no mundo. Então, eu vou preferir então tomar a vacina, me coloco na fila entre um branco, entre dois brancos pra

tomar a vacina em vez de esperar eu ficar doente.” Mwewa Lumbwe, ou Mama Mwewa. Atividade ‘La diaspora africaine face à la pandémie’, Plenária Regional Sudeste, 22 de julho de 2021, ênfase minha.

Mwewa, a um só tempo, deixou explícita várias camadas do impacto da pandemia de Covid-19 sobre as comunidades migrantes racializadas no Brasil. Em primeiro lugar, esta é uma notícia *semifalsa* que borra as divisórias - tão ferrenhamente defendidas por alguns enquanto nítidas e facilmente distinguíveis - entre os fatos, as notícias verdadeiras, *a realidade*, e as narrativas, as notícias falsas, e *as alucinações* - e isso é particularmente importante diante da necessidade de Mwewa de reafirmar que este é um debate **oficial**, palavra que adquire equivalência semântica à ideia de **real** em seu discurso, enfatizando a posição privilegiada que coisas consideradas oficiais têm na determinação do que é uma realidade ou não. Migrantes democrático-congoleses, em específico, e africanos, em geral, não reportam sobre um mundo falso, *irreal*, ao expressar temor e desconfiança em relação a campanhas de vacinação, ainda que os fatos possam não estar perfeitamente ordenados e alinhados com o que ocorre ou ocorreu na *realidade* - que é simbolicamente disputável, como veremos no capítulo seguinte. Em contrapartida, é frequente que esses relatos de fenômenos *extra oficiais* sejam prontamente desconsideradas enquanto floreios conspiratórios não atrelados à fisicalidade do mundo, e, portanto, alucinatórios: sem o referendo de estruturas de poder, acontecem sem produzir efeitos sobre o mundo.

O medo que Mwewa expressou está enraizado na percepção de que ela dificilmente estaria mais segura no Brasil do que no Congo, ou em qualquer outro lugar do mundo. Este mundo, moldado por Estados-Nação, políticas de Saúde Pública, médicos, enfermeiros e acadêmicos, está enraizado numa cultura supremacista branca, colonialista e neoliberal - aqui, considero a cultura como um sistema aberto, se não cibernético, de significados e contextos, ecoando a descrição de Gregory Bateson (Bateson, 1971), que não são significantes neutros para um mundo indiferente. A precisão factual da existência de dois tipos diferentes de vacinas é irrelevante porque Mwewa estava diagnosticando que as políticas de Saúde Pública são muitas vezes hostis às pessoas associadas aos seus grupos sociais e culturais no contexto brasileiro - e, importante frisar, o grupo ao qual ela se associa espontânea e primordialmente é o de *negros*. Se você não se proteger, a

hostilidade se manifestará de diferentes maneiras porque o racismo vai além da campanha de vacinação.

Em primeiro lugar, democrático-congoleses, em específico, e migrantes africanos, em geral, residem hoje em um país notoriamente hostil à população negra, com um histórico de três séculos de escravização de africanos - o país que mais recebeu escravizados no continente americano (IBGE, 2000) -, e com um cotidiano de violência de diversas ordens contra essas pessoas, grande parte delas perpetradas por agentes do Estado. Durante a pandemia, ao menos dois migrantes africanos foram assassinados no Brasil: João Manuel, angolano esfaqueado em um ataque de ódio praticado por um brasileiro revoltado com o fato de ele estar recebendo auxílio emergencial, e Moïse Kabagambe, democrático-congolês morto a pauladas após cobrar diárias devidas pelo dono do quiosque onde trabalhava.

Além disso, são notórios os abusos cometidos pela indústria farmacêutica em pesquisas clínicas conduzidas com populações africanas (Wemos, 2017). Em um dos muitos casos registrados, a Pfizer, uma das principais fornecedoras globais de imunizantes contra a Covid-19, foi obrigada, em 2011, a pagar uma série de compensações financeiras a famílias de crianças nigerianas e ao governo da cidade de Kano, na Nigéria, após 11 crianças morrerem durante um teste clínico de medicação contra a malária, conduzido em 1993, com uma aprovação falsificada do conselho de ética em pesquisa do país (Smith, 2011), além de várias outras apresentarem efeitos colaterais sérios, como danos cerebrais e paralisia. A Pfizer reconhecidamente administrou doses muito inferiores do Ceftriaxone, medicamento utilizado para controle da doença, durante testes clínicos de drogas novas - a dose administrada foi de 33mg/kg (Renne, 2010), enquanto a dose efetiva contra a doença situa-se no intervalo de 50-100 mg/kg (OMS, 2004). Além disso, vazamentos de comunicações da Embaixada dos Estados Unidos da América na Nigéria, feitos pelo WikiLeaks, comprovaram que a empresa havia reportado a oficiais diplomáticos daquele país a contratação de investigadores privados para revelar casos de corrupção do então Procurador Geral Federal da Nigéria, Michael Aondoakaa, a fim que ele deixasse o caso (Boseley, 2010) - uma tentativa de torná-lo *extraoficial*, e, portanto, menos real.

Malcolm Ferdinand (2022) nos chama a atenção para o caso do navio negreiro Zong, originalmente denominado Zorg, que ironicamente significa “cuidado” em holandês. O navio partiu de Accra, Gana, em 1791 com 442 africanos

escravizados e chegou à Jamaica com apenas 208. Superlotado e sem água potável, vários tripulantes e africanos escravizados adoeceram devido às duras condições da jornada. Luke Collingwood, o capitão do navio, ordenou que 132 africanos escravizados fossem atirados ao mar ainda vivos, inclusive mulheres e crianças – apenas um dos vários exemplos dessa prática absurda.

Durante esse período, as companhias de seguros não ressarciam empresas envolvidas no tráfico negreiro pelos africanos escravizados que morriam devido a maus-tratos, como falta de alimentos, água ou cuidados de saúde, ou ainda por aqueles mortos após atracarem em terra. No entanto, elas reembolsavam essas empresas pelas perdas resultantes das consequências de uma tempestade ou de mortes *naturais*, como o afogamento. Sabendo disso, a tripulação considerou uma tempestade que se construía no caminho do navio como uma oportunidade para maximizar os lucros, garantindo que receberiam uma compensação financeira pelos bens perdidos.

Pode-se traçar um paralelo entre a Covid-19 e o massacre de Zong. Em ambos os casos, houve uma viagem para dentro de uma tempestade, semelhante aos navios negreiros, onde alguns estavam no convés, enquanto outros estavam escondidos como carga nos porões - embarcados, mas fora da vista. Ferdinand chama essa configuração de poder colonial de “política do porão”. Semelhante ao massacre de Zong, a decisão de sacrificar algumas *commodities*, seres humanos trancados nos porões da modernidade, foi racionalizada para a preservação dos lucros - e quando se trata da pandemia de Covid-19, Mwewa e os seus colegas sabiam que não apenas ninguém estava tentando protegê-los, mas, ao contrário, eles eram alvos, *commodities* a serem despendidas. A *realidade* de seu status de humanidade equivale àquela dos sacrificados do navio Zong: é extraoficial (e, portanto, menos real) e extemporânea. Esta é uma das razões pelas quais a pandemia de Covid-19 não deve ser vista como uma manifestação de forças naturais, mas intrinsecamente ligada a aspectos políticos mais amplos do nosso tempo, como a ascensão global da extrema direita, a supremacia branca, o colonialismo, o neopositivismo e o neoliberalismo.

Mwewa, ciente de que o processo de racialização ao qual migrantes negros e indígenas são submetidos no Brasil é transversal às experiências no sistema de saúde e definidor da experiência de migração, instrumentaliza o medo de forma a evitar um mal maior - pedindo desculpas a mim, um homem branco que

acompanhava sua atividade, por fazê-lo. Se há diferenças nas vacinas - que podem não ser as afirmadas, mas que chegaram a braços brancos e negros de maneira desigual, como veremos -, haverá em todo o resto. Portanto, é preciso sabotagem e resistência criativa: colocar-se entre os brancos na fila da vacina como forma de garantir a proteção - uma estratégia de vida, não de sobrevivência. Se a *política do porão* cria os porões do mundo para lucrar diante da tempestade, Mama Mwewa ensina a insurgir-se contra a morte e recusa-se a ser encerrada embaixo do convés do navio-mundo, produzindo uma *política antiporão*.

Situando a pesquisa: notas metodológicas

Meu primeiro projeto de pesquisa de doutorado se propunha a realizar uma etnografia entre crianças e adolescentes, migrantes e filhos de migrantes, encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), da cidade de São Paulo, por suspeita de autismo. O campo havia se apresentado para mim durante minha pesquisa de mestrado, após me deparar com dezenas de relatos de profissionais de saúde mental sobre crianças migrantes encaminhadas por professoras que reportavam suposto atraso no aprendizado da língua portuguesa - e, em alguns casos, efetivamente proibindo as mães e pais de conversarem com seus filhos em suas línguas nativas nos ambientes domésticos (Branco-Pereira, 2020a).

Era março de 2020, e já corriam notícias sobre o novo vírus descoberto na China que fizera o país isolar totalmente a província de Hubei. No dia 10 de março de 2020, eu realizei minha matrícula no programa de doutorado em antropologia da Universidade Federal de São Carlos. Um dia depois, a Organização Mundial da Saúde classificou como pandemia a situação epidemiológica Covid-19, e o Distrito Federal tornou-se a primeira Unidade Federativa do país a decretar *lockdown*. No dia 16 de março de 2020, seis dias após minha matrícula, o Brasil registrava a primeira das mais de 700 mil mortes pela doença. Na semana seguinte, em 24 de março, o estado de São Paulo, onde eu morava à época, decretava a suspensão de todos os eventos públicos e da circulação de pessoas que não fosse considerada essencial.

Desde 2019, eu coordenava, a convite e de maneira voluntária, a Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados, coletivo que congregava, à época, mais de 40 serviços e organizações que prestam assistência à saúde para migrantes na cidade de São Paulo. À medida que a situação se agravava, fui sendo convocado, como líder da Rede, a estar em diversos espaços de debate sobre as respostas emergenciais possíveis à pandemia, voltadas especificamente para as populações migrantes residentes na cidade. Esse processo, apresentado em maior profundidade ao longo deste trabalho, foi decisivo para a mudança do meu objeto de pesquisa. A pesquisa dentro dos CAPS naufragou mesmo após a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, já que todos os serviços de saúde não relacionados à Covid-19 foram fechados, exceto para casos emergenciais. Simultaneamente, o meu crescente envolvimento político com a demanda pela elaboração de ações de equidade no SUS e com a requisição de dados sobre contágios e mortes de imigrantes pela doença me apresentava dados em abundância sobre o impacto da pandemia sobre essas populações em São Paulo, e no Brasil. Assim, fui mais circunscrito pelo campo do que necessariamente o adentrei.

Durante os quase quatro anos entre o início do doutorado e o momento da escrita da tese, atuei, como ativista ou como profissional, na coordenação da campanha “Nacionalidade no SUS”, que demandou a inclusão do item “nacionalidade” no formulário SIVEP-Gripe, utilizado pelas equipes de saúde para coletar as informações que alimentaram os bancos de dados sobre Covid-19, e solicitou a orientação, pelo Ministério da Saúde, das equipes de saúde sobre a obrigatoriedade de coleta dessa informação; na distribuição de mais de 1.500 cestas básicas entre migrantes haitianos, nigerianos e democrático-congoleses moradores do bairro de Guaianases e Itaquera, extremo-leste de São Paulo; no Fórum Social Américas das Migrações; na coordenação da comissão organizadora da 1ª Plenária Nacional Saúde e Migração; na fundação e coordenação da Frente Nacional pela Saúde de Migrantes e do Observatório Saúde e Migração; na organização de Audiência Pública sobre trabalho análogo à escravidão realizado por migrantes na cidade de São Paulo durante a pandemia; na coordenação da organização dos mutirões de vacinação de migrantes, em bairros da margem leste de São Paulo; na estruturação e implementação de grupo de trabalho, no município de São Paulo, destinados a estruturar políticas de equidade para migrantes no SUS; na

coordenação da organização da 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes e na assessoria da primeira delegação migrante a participar da 17ª Conferência Nacional de Saúde; com migrantes brasileiros retornados na Organização Internacional para as Migrações (OIM); e como colaborador na organização e redação da primeira minuta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas. Todas essas experiências constituíram e constituem parte do esforço de aproximação longitudinal e aprofundada do tema, próprio das etnografias, possibilitando interlocução com uma miríade de importantes agentes desse contexto.

A antropologia, como afirma Viveiros de Castro (1992), é uma ciência que se define antes por seu método do que por seu objeto, ainda que existam profundas controvérsias sobre os moldes deste método - há controvérsias, inclusive, sobre se a etnografia é, de fato, um método, ou uma formulação teórico-metodológica, uma teoria vivida (Peirano, 2014). Um dos critérios pertinentes para caracterização de uma pesquisa etnográfica é a realização de observação participante de longo prazo (Cefaï 2013) - embora não se tenha noção sobre quão longa esta deva ser - de maneira a tornar o estranho, familiar ao pesquisador. Dessa forma, uma primeira ressalva metodológica importante a ser feita é que não acredito que a ideia de etnografia enquanto observação participante, ou mesmo de participação observante, seja capaz de descrever a metodologia empregada nesta pesquisa de maneira precisa. Antes, fui, em grande parte das vezes, o principal articulador da maior parte dos eventos aqui descritos e analisados. Essa etnografia engajada (Kirsch, 2010; 2018; Ortner, 2019), à qual tenho me referido já há algum tempo (Branco-Pereira, 2020), não representa uma mera estratégia de estabelecimento de vínculos para realização de pesquisa de campo (Rodrigues, 2022), uma vez que o engajamento frequentemente sobrevive à pesquisa, e precede a sua intenção de realização - no meu caso, e no de tantos outros colegas.

Outra observação metodológica importante a ser feita, e que deve estar presente em quase todas as pesquisas que necessitam de trabalho de campo durante os tempos pandêmicos, estejam elas analisando a pandemia ou não, é a respeito das restrições à mobilidade enfrentadas durante esses anos. Tais restrições representaram um desafio real para a realização de uma etnografia, e, embora já haja farta literatura que descrevesse a realização de etnografias online, digitais ou netnografias (Kozinets, 2016), eu não havia recebido treinamento para

desenvolvê-las. Grande parte dos dados e eventos descritos aqui aconteceram em ambientes virtuais, fosse no WhatsApp, Zoom, Google Meets, Microsoft Teams e redes sociais, como o Twitter, Facebook e Instagram. Se, por um lado, isso representou um desafio severo de adaptação, também representou a criação de diários de campo online e acessíveis a qualquer momento. Dessa forma, a pesquisa não lançou mão de entrevistas, fossem elas exploratórias ou em profundidade, acompanhando diferentes grupos de migrantes ao longo do trabalho. Minha imersão em campo era tamanha, que o acompanhamento informal das conversas, presença em eventos e interlocução com a miríade de atores presentes nesses contextos foi suficiente para coletar os dados aqui apresentados.

Esta tese é fruto de um trabalho etnográfico desenvolvido entre 2020 e 2023. Ela apresenta a descrição de uma jornada de organização, de resistência e de criatividade política de populações migrantes racializadas e seus aliados brasileiros durante o ciclone representado pela Covid-19. A racialização de migrantes no Brasil vem ganhando crescente atenção de pesquisadores (Branco-Pereira, 2018, 2020b, 2021, 2023; Corrêa, 2022; da Silva, 2021; Faustino e Oliveira, 2021; Quintanilha, 2024 no prelo). Aqui, utilizo a noção de processos de racialização enquanto os processos pelos quais qualquer diferença social e cultural é essencializada, naturalizada e/ou biologizada, ancorando-as em tipos fixos de alteridade (Omi & Winant, 1994; Vertovec, 2011; Thomas & Clarke, 2013), hierarquizando-nas em sequência (Machado, 2003, 2009). Isso significa dizer que raça é tornada um dado da *realidade*, com materialidade e agência sobre os mundos onde é mobilizada. A tendência a uma abordagem culturalista, comum em áreas da saúde mental, também pode se configurar como um processo de racialização (Branco-Pereira, 2020a, 2022), atribuindo características físicas e mentais a grupos nacionais profundamente heterogêneos, reificando a equivalência entre diferenças culturais, comportamentais e psíquicas às diferenças fenotípicas e genotípicas.

Mantive, ao longo do trabalho de campo, interlocuções próximas com os mais de 40 serviços e organizações representados pela Rede, com a Associação de Mulheres Imigrantes Luz e Vida (AMILV), o Fórum Internacional Fontiè ki kwazè (Fronteiras Cruzadas), o Conselho Municipal de Imigrantes de São Paulo, a União Social dos Imigrantes Haitianos (USIH), e lideranças migrantes de praticamente todos os estados do país. A Plenária Nacional Saúde e Migração e a Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes também me permitiram mapear

demandas de saúde e prioridades políticas dessas populações: os dois eventos congregaram um total de 1.279 pessoas, de mais de 30 nacionalidades, e que residiam em todas as regiões do país. Foram mais de mil horas de discussões, e mais de 200 propostas encaminhadas e aprovadas, contendo as principais demandas das populações migrantes e de brasileiros envolvidos com o tema, para a garantia de atendimento no Sistema Único de Saúde. Algumas bases teóricas e paradigmáticas do SUS foram questionadas e problematizadas nesse processo, discussão que apresento ao longo de todo este trabalho.

Também acompanhei vários eventos de garantia de acesso à vacinação contra a Covid-19 pelas populações migrantes. Neste trabalho, apresento os três mais relevantes, realizados no segundo semestre de 2021. Pude acompanhar o esforço de vacinação de 106 migrantes - a maior parte com a primeira dose -, participando da negociação para a garantia de que as doses de vacina seriam disponibilizadas sem a cobrança de documentos brasileiros e/ou dentro da data de validade, em respeito às leis que regulamentam o tema. Assim, pude acessar, de forma privilegiada, discursos e práticas sobre saúde, o SUS, a universalidade e a vacinação durante a pandemia.

Por fim, os discursos sobre pandemia, ciência, migrantes, políticas migratórias, de proteção social, de saúde e econômicas, e casos de xenofobia e racismo presentes na imprensa, em publicações científicas e entre agentes estatais, foram particularmente importantes para a construção deste trabalho. Esses discursos compõem o arcabouço simbólico da pandemia, demonstrando também como esse arcabouço se articulou para construir o sistema cultural da Covid-19. A construção do que foi a pandemia - ou é a pandemia, já que ela ainda não acabou³ - passou necessariamente pelo estabelecimento de uma rede de significados criativamente articulados, o que torna a análise desses discursos fundamental para a compreensão dos dados etnográficos apresentados aqui. A literatura cinzenta apresentada enquanto referência neste trabalho é oriunda de um banco de mais de 400 matérias e artigos jornalísticos, entrevistas e peças de divulgação científica

³ A Organização Mundial da Saúde declarou o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19 em 5 de maio de 2023 em função da tendência de queda nas mortes por COVID-19, o declínio nas hospitalizações e internações em unidades de terapia intensiva relacionadas à doença, bem como os altos níveis de imunidade da população ao SARS-CoV-2. O fim da ESPII, no entanto, não significa o fim do estado de pandemia, termo que classifica uma doença por seu estágio de propagação: enquanto o termo “epidemia” refere-se a um surto local, “pandemia” configura-se enquanto a disseminação mundial de uma doença, que se espalha por diversos continentes por meio da transmissão sustentada de pessoa para pessoa.

compilados entre janeiro de 2020 e setembro de 2023 para este propósito. Procurei, assim, delinear como a articulação desses significados definiu os próprios rumos da pandemia, até que ela terminasse sem acabar.

Notas teóricas

Modernidade, universalidade e humanidade

Concordando com Bruno Latour, considero que o sinal diacrítico da modernidade é a estruturação da cisão entre natureza e cultura, ou a Grande Divisão (Latour, 1994). Sabemos que os alicerces da modernidade sustentam modelos de extração - de recursos, de trabalho e de terras -; uma ampla desumanização das populações não-brancas e não-europeias, tratadas como mercadorias; epistemicídio contínuo e em massa, com profundas assimetrias epistemológicas e ontológicas entre modernos e extramodernos - considerados a massa indistinta de pessoas racializadas fora do núcleo do Ocidente. Mas é sob a rubrica da distinção entre uma natureza passiva, disponível para apropriação e manipulação por um tipo de vida excepcional - ou por uma raça específica que não se vê como uma raça - que todas as outras abordagens se apoiam. A passividade e o excepcionalismo são, portanto, a díade em que o quadro binário da modernidade irá operar, e é por meio dessa díade que as assimetrias de poder, sejam elas locais, globais ou epistêmicas encontrarão justificação.

O estabelecimento dessa divisão trouxe a reboque a ideia de universalidade. Subproduto da episteme moderna, a ideia de universalidade fez-se contígua à categoria de humanidade, de abrangência 'universal', de desenvolvimento linear e relativamente uniforme, e frequentemente avessa à contextualização. Embora o etnocentrismo possa ser considerado a mais universal das características humanas, como afirmou Lévi-Strauss (2016), a articulação entre a noção de humanidade e a noção de universalidade apresenta-se como um traço diacrítico do pensamento atribuído ao macrobloco que é comumente chamado de 'cultura ocidental' (Santos, 1999). As noções modernas de humanidade e universalidade associam-se através da atribuição de características básicas universalmente partilhadas que, em teoria, simetizam a todos individual e coletivamente, apoiando, entre outras coisas, a estruturação de políticas que garantam não só os direitos humanos, notoriamente

restritivos quanto a que direitos são garantidos a quais humanos, mas também acesso à possibilidade de determinação sobre quais realidades existem ou não.

Como demonstram as tradições críticas e o perspectivismo, o acesso ao estatuto universal da humanidade digna de direitos não abrange uma miríade de sujeitos e criaturas consideradas infra ou não humanas (Fanon, 2008; Gonzalez, 1984; Braidotti, 2019; Kilomba, 2019; Césaire, 2022; Krenak, 2019; Viveiros de Castro, 2002). Os estudos feministas, antirracistas, decoloniais e o perspectivismo demonstraram que a incapacidade de garantir o acesso a determinadas possibilidades de vida a determinadas populações estava intimamente ligada à maior ou menor consideração das comunidades afetadas como iguais. A categoria “humanidade” não só não é universal, sendo culturalmente específica, como também é um índice de acesso ao poder (Braidotti, 2019). Assim, o acesso ao estatuto de humanidade universal cujos direitos são assegurados torna-se uma agenda política central às populações historicamente marginalizadas, uma vez que o clube da humanidade não está aberto a todos, nas palavras de Ailton Krenak (2019). Criam-se, dessa forma, universalidades particulares, capazes de simultaneamente advogar a igualdade de todos os sujeitos e defender o caráter excepcional da humanidade de alguns grupos, mais humanos que os outros. Restam excluídos determinados grupos incapazes de cumprir todos os critérios de humanidade estipulados por tais perspectivas situadas de universalidade.

Se a representação da díade universal-particular em dois pólos diametralmente opostos e exclusivos é ilusória, além de analiticamente e empiricamente improdutiva justamente porque estabelece distinções entre os dois pólos que muitas vezes são híbridos, fractais, utilizam escalas díspares e nas quais linhas divisórias são turvos e altamente permeáveis (Viveiros de Castro, 2002), sua presença é especialmente sentida nas zonas nebulosas do interstício epistemológico e/ou ontológico (Viveiros de Castro, 2015). No campo da saúde, a díade é muitas vezes representada, por um lado, por campos de conhecimento que tratam de componentes estruturais, materiais e objetivos da realidade - componentes universalizáveis e imunes à contextualização -, e por outro, por aqueles que tratam de superestruturas simbólicas e acessórias, cuja única propriedade universal é a variabilidade - culturas, sociedades, significados atribuídos a um mundo estrutural externo. Os cientistas sociais - e mesmo os psicólogos e psiquiatras - são frequentemente confrontados com a tarefa de ter de provar repetidamente a

relevância dos fatores sócio-histórico-culturais nas abordagens de saúde (Carvalho et al. 2023), e são muitas vezes instrumentalizados como dispositivos para reduzir a resistência nas comunidades que os médicos, epidemiologistas e profissionais e gestores de saúde pública querem acessar.

Se pertencer ao clube da humanidade é um índice de poder, isso subseqüentemente definirá a hierarquização do pensamento simbólico. Como manifestação do excepcionalismo humano – muitas vezes transformado em excepcionalismo branco ou excepcionalismo ocidental –, o pensamento simbólico distingue os humanos dos não-humanos, ou aqueles que acessam e exercem o poder daqueles que não o fazem. A dissociação do pensamento simbólico da natureza passiva fora de nós leva a alucinações: mundos que são considerados reais, especialmente porque os símbolos materializam a vida, como apontou Donna Haraway (2019), mas apenas para aqueles que os vivenciam, seja individual ou coletivamente.

Racialização, migração e nacionalidade

A presença da migração como uma questão que relevante à política de Estado, à coesão nacional e aos processos de racialização foi historicamente justificada nas políticas estatais por sua suposta relação com características essenciais das populações migrantes (Vertovec, 2011; Thomas e Clarke, 2013). Embora os traços específicos atribuídos às populações migrantes possam mudar com cada modificação discursiva, o que permanece constante é o fato de a mobilidade humana ser frequentemente representada como um problema racial que os Estados, os acadêmicos e os próprios migrantes são convocados a “resolver”. Raça, aqui, pode ser definida como uma categoria de diferença culturalmente orientada, sendo contextualmente construída como essencial e natural, e geralmente ligada a um conjunto de traços de caráter somáticos e genéticos (Silverstein, 2015). Da mesma forma, a racialização refere-se aos processos através dos quais qualquer diferença de personalidade social é essencializada, naturalizada e/ou biologizada (Miles e Brown, 2003; Omi e Winant 1994). A racialização ancora a transformação de categorias da diferença que são históricas e dinâmicas em espécies fixas de alteridade, hierarquizando-as em sequência (Machado, 2009).

As populações migrantes racializadas têm sido frequentemente referidas como o outro abjeto sob alguns modelos desejados de nacionalidade (Dominguez,

1994). Embora o horizonte declarado das políticas migratórias seja a incorporação social e econômica dos migrantes nos países receptores sob os paradigmas do multiculturalismo ou da assimilação cultural (Fassin, 2011), as divisões étnicas e religiosas levam à discriminação e à violência (Appadurai, 2006), e a racialização das populações migrantes terminou na constituição de minorias estigmatizadas (Anthias e Yuval Davies, 1992). A presença de corpos racializados em alguns contextos nacionais cria fronteiras internas fundadas em diferenças físico-genéticas, delineando uma tensão entre a universalidade suprema da vida e a exaltação da diferença: uma biopolítica da alteridade (Fassin, 2001). Assim, procuro aqui delinear o nexo entre migração, raça e modelos desejados de nacionalidade no Brasil, usando uma análise processual do SUS, buscando argumentar que o sistema cultural da pandemia no Brasil foi orientado pelas noções de higienismo, segregação racial e norteado pelo arcabouço ideológico do neoliberalismo, constituindo, assim, uma nova forma de eugenia social operada através da ideia de critérios de elegibilidade ao que é considerado universal.

Desigualdades em saúde e racismo

As disparidades na saúde são as diferenças na morbidade, mortalidade e acesso aos cuidados de saúde entre grupos populacionais definidos pelo status socioeconômico, de gênero, de residência e, especialmente, racial e étnico (Dressler et al., 2005). Compreender as disparidades em saúde é o principal foco do estabelecimento de investigação em saúde pública em todo o mundo (Almeida-Filho et al., 2003). Os estudos sobre disparidades na saúde remontam à década de 1980 (Townsend & Davidson, 1982), com as diferenças na morbidade e mortalidade entre grupos raciais e étnicos remontando ao mesmo período (Nickens, 1986).

A pandemia de HIV foi o surto de doença mais estudado na era da saúde global, sendo frequentemente imputado a grupos de migrantes racializados, como haitianos e africanos (Farmer, 1990; Briggs, 2005), e a migração foi frequentemente considerada como potencialmente aspersionadora de patógenos, com os migrantes tratados como poluição social (Setel et al., 1999). Raça e racismo foram relatados como importantes determinantes sociais das assimetrias de acesso aos cuidados de saúde nos casos do Ebola (Benton, 2017; Mohanachandran, 2017), H1N1 (McCaulley, 2013; Mason, 2015) e malária (Kotsila & Kallis, 2019).

Durante a Covid-19, as primeiras investigações no Brasil sugeriram taxas de infecção mais altas entre minorias raciais e étnicas (Gruer et al. 2020) e demonstraram a canalização de vacinas contra a Covid-19 para populações brancas (Faustino et al., 2021). Embora essas primeiras investigações tenham sido importantes para delinear a existência de uma correlação entre o racismo e a Covid-19 no início da pandemia, a aplicação de uma metodologia processual nesta pesquisa foi útil para demonstrar as suas mudanças ao longo do tempo (Farmer, 2006), especialmente quando se tratou de compreender a busca contínua ao SUS resultante de campanhas de vacinação frequentes e dos efeitos a longo prazo da Covid-19 (Hastie et al., 2022). Ao abordar como o sofrimento de determinados seres humanos racializados nos ajuda a compreender as representações coletivas sobre o racismo e a saúde, este trabalho procura avançar nos estudos sobre as determinações raciais da Covid-19, delineando como elas foram mobilizadas ao longo da pandemia, e como compuseram o sistema cultural da Covid-19.

Antropologia das pandemias e epidemias

Os surtos de doenças têm sido objeto de atenção antropológica desde Malinowski (1929) e Lévy-Bruhl (1923). As investigações antropológicas tradicionais de epidemias foram orientadas por exigências de contenção, sensibilizando as equipes de saúde pública para os credos nativos das doenças, mapeando comportamentos problemáticos e melhorando a confiança médico-paciente (Epelboin, 2009; Nichter & Nichter, 1996; Janzen, 2011). O surto de HIV reposicionou a proporção de antropólogos que realizavam estudos sobre pandemias e epidemias (Schoepf, 2001; Benton, 2015; Giles-Vernick et al., 2013). Simultaneamente um impedimento e uma ferramenta da expansão colonial, os surtos de doenças facilitaram a criação e a justificação de políticas de segregação e vigilância populacional (Arnold, 1993; Hoppe, 2003), e a narrativa do surto está profundamente ligada à ideia de mobilidade humana num mundo globalizado (Wald, 2008).

Em relação à Covid-19, as intervenções massivas e drásticas adotadas pelos governos de todo o mundo foram sem precedentes (Long, 2020; Manderson, 2020). As vulnerabilidades estruturais dos sistemas de saúde contribuíram para taxas de mortalidade mais elevadas (Adams, 2020), e a taxa de letalidade esteve mais ligada

à capacidade desses sistemas de saúde de lidar com as crises do que à natureza biológica do vírus (Caduff, 2020). Se as pandemias levantam a questão sobre como viabilizar a continuidade da vida juntos (Kelly et al., 2019), elas também ensejam a fabricação de tecnologias capazes de tipificar e separar indivíduos considerados indesejáveis e contagiosos que insistem em aproximar-se, e a estruturação de sistemas simbólicos eficientes no propósito de fornecer materialidade semântica à empreitada.

As narrativas de risco e perigo são, portanto, o terreno comum entre os estudos sobre biossegurança (Keck, 2020) e migração (Hall e Krysan, 2016). Ambos os campos já sublinharam que isso implica no aumento crescente de aparatos de controle e contenção (Caduff, 2014), e na avaliação de estratégias de intervenção feitas em nome da preparação para novos surtos (Lakoff, 2007; Keck, 2016). A securitização pode ser observada tanto na saúde global, ligando saúde e segurança (Wenham, 2019), como na migração, associando mobilidade humana e ameaças à identidade (Pickett, 2015), à segurança (Bourbeau, 2019) e à saúde pública (Mason, 2012). Embora a racialização possa ser o fator central na definição de quais grupos serão acusados de representarem potenciais ameaças biológicas, sociológicas ou culturais (Ibrahim 2005), não há estudos que tenham conseguido interligar as discussões realizadas nos dois campos distintos. Ao analisar a experiência de migrantes racializados nos serviços de saúde durante a pandemia, este trabalho almeja demonstrar o nexo entre as narrativas de risco e perigo e a biossegurança da migração, acrescentando a racialização e o racismo como fulcrais para a definição de como a ideia de ameaça é criada em contextos específicos, como no SUS.

Além disso, a investigação sobre os paradigmas dos sistemas de saúde permite vislumbrar como as narrativas governamentais e jurídicas podem moldar as experiências dos migrantes racializados, e o que estes fazem diante da percepção de incongruências entre o discurso oficial do Estado e a experiência prática nos serviços de saúde. A investigação etnográfica sobre as experiências dos migrantes que navegam no maior sistema universal de saúde do planeta pode demonstrar que o nexo entre as narrativas de tolerância, multiculturalismo e universalismo também podem funcionar como mecanismos estruturais do racismo. Dessa forma, procuro dar um passo adiante nos estudos sobre antropologia dos sistemas de saúde, analisando como as experiências dos migrantes racializados nos informam sobre quais caminhos e com quais propósitos a universalidade e a equidade, consideradas

paradigmas complementares criados para garantir o direito à saúde, apesar de qualquer tipos de desigualdades, são transformadas em paradigmas mutuamente excludentes. Assim, procuro elucidar como as políticas pró-igualdade podem ser usadas para reverberar e aprofundar mecanismos históricos de segregação.

Por último, a temporalidade é um elemento chave para a compreensão de pandemias e epidemias (Meinert e Whyte, 2014; Roth, 2020). Embora os surtos de doenças infecciosas sejam amplamente referidos como acontecimentos inesperados, eles são o resultado de processos sociais, culturais, econômicos e políticos de longo prazo (Lynteris, 2014). Não obstante os estudos sobre a Covid-19 destaquem frequentemente as rupturas no *continuum* cultural, social, político e econômico pregresso ao surto, este trabalho procura elucidar como a pandemia resultou no aprofundamento de estruturas pré-existentes de racismo e exclusão, além de fornecer um vislumbre sobre a consolidação de medidas governamentais excludentes adotadas sob a rubrica de segurança sanitária.

Estrutura da tese

No capítulo 1, está desenhada uma contextualização do tema, apresentando o conceito de *política do porão* como catalisador das reflexões sobre a economia política da pandemia. Este capítulo, menos etnográfico e mais ensaístico, procura demonstrar, pensando a partir da Covid-19, que as catástrofes podem ser instrumentalizadas como mecanismos de concentração de renda e poder, e como justificativa para a retirada de direitos diante de condições *naturais* inarredáveis, ou da *realidade* crua dos *fatos*. Além disso, também procuro argumentar que algumas medidas, como a adoção do passaporte vacinal, representaram a adoção, ainda que temporariamente, de critérios raciais na política migratória brasileira durante a pandemia. Por fim, realizo uma breve remissão sobre neoliberalismo e semiologia, fornecendo elementos para contextualizar a política do porão a que me refiro.

No capítulo 2, apresento a campanha “Nacionalidade no SUS”. Refletindo sobre a teoria das alucinações, analiso o desenrolar das reaberturas econômicas e os artifícios retóricos e semióticos utilizados para qualificar percepções politicamente incômodas enquanto individuais, descontinuadas do mundo imanente e experimentações psicóticas da realidade unívoca do mundo. A definição de realidade, referendada por determinados campos do saber científico, está mais

atrelada à indexação de poder de quem a postula do que à aferição da existência concreta dos estímulos externos em espaços objetivos e concretos percebidos pela cognição. Depois, procuro demonstrar como a recusa do Estado em coletar, agregar e divulgar dados sobre o número de migrantes infectados e mortos pela Covid-19 participava desse mecanismo de desconsideração de demandas políticas, alocando os fatos que fundamentam a existência da demanda na esfera da alucinação - pode-se até vê-los e senti-los, mas não são *reais*. Mais do que o aforismo “se não há dados, não há problema a ser resolvido”, usado à exaustão durante a pandemia para qualificar a estratégia do governo federal de ignorar o problema e abandonar todos à própria sorte, argumento que a demanda é desconsiderada por uma desqualificação feita *a priori* que inverte a ordem da operação: o problema não existe *para que* não existam dados a serem coletados.

No capítulo 3, passo a apresentar mais exemplos de resistência ativa das populações migrantes e aliados brasileiros por meio dos mutirões de serviços - entre eles, as ações de vacinação organizadas em 2021 e 2022 na cidade de São Paulo. Neste capítulo, procuro demonstrar que os processos de racialização eram mais definidores do que a indocumentação no acesso às vacinas contra a Covid-19. Além disso, reflito sobre as tensões entre universalidade e equidade nos debates sobre o SUS, apresentando como a noção de equidade é frequentemente compreendida por determinados atores brasileiros enquanto sinônimo de privilégio nesses contextos. Assim, o direito à saúde é compreendido a partir da perspectiva de direito escasso, própria do neoliberalismo - quanto mais pessoas acessarem, menos há para ser acessado. Por fim, mostro como a identificação, percebida por alguns como fundadora de experiências de racismo, atua, na verdade, enquanto registro de um problema que se crê imaginado ou alucinado, à semelhança do argumento apresentado acima.

Por fim, concluo com a apresentação de uma proposta de *política antiporão*, pensando como as iniciativas políticas de populações historicamente marginalizadas - no caso deste trabalho, migrantes racializados - podem representar uma saída possível ao fim do mundo, ou uma proposta de dar à luz a novos mundos. Refletindo a partir das iniciativas de participação popular de migrantes na construção de políticas públicas de saúde, apresento os processos de organização dos eventos, os limites encontrados e as demandas prioritárias apresentadas. Minha proposta para essa política, pensada a partir das reflexões e práticas que aprendi junto aos

migrantes com quem estabeleci trocas, é constituída dos seguintes elementos: *disputa pela realidade, recusa à morte, recusa à tutela e demanda por reparação efetiva*. Por fim, argumento a importância da contextualização e da identificação dos interlocutores. É por meio delas que compreendemos as alianças possíveis a serem feitas, já que a política antiporão não se faz por atestado de boa-fé: é preciso romper com as lógicas coloniais que fabricam a tempestade moderna e as relações a partir do porão que ela engendra.

Capítulo 1 - O fim do mundo

Política do porão: o fim do mundo como oportunidade de negócio

“Para nós, que trabalhamos em cemitério, tratar com a morte é uma rotina. (...). Foi assustador o primeiro sepultamento de COVID-19, com toda aquela roupa, o cemitério fechado. A ficha, então, foi caindo: **o mundo está acabando.**” Welton Pedro da Rocha, coveiro (Pandemia..., 2020).

O fim do mundo é uma metáfora poderosa. Ela explicita a presença de condições extremas que limitam as possibilidades de existência de determinadas perspectivas. Factualmente, o mundo já acabou ao menos cinco vezes, quando grandes eventos de extinção em massa deram cabo de grande parte dos seres que aqui viviam - caminhamos a passos largos para o sexto evento desse tipo. Simbolicamente - e enquanto metáfora obviada (Wagner, 2012) -, mundos acabam todos os dias por meio das transformações dos modos de vida, pela morte de perspectivas e pela ameaça constante de subjugação que paira sobre aqueles mantidos no porão, ou fora do mundo - uma política sistemática de recusa ao mundo como modo de relação (Ferdinand, 2022).

A *política do porão*, nas palavras de Malcom Ferdinand, alude ao navio negreiro do mundo colonial. Ao mesmo tempo em que há a recusa ao mundo a determinadas pessoas, há a imposição de uma *biopolítica negreira* - não exclusiva a pessoas negras, como o autor sublinha, mas atreladas a processos coloniais e de racialização -, que força os habitantes do porão a sobreviver precariamente em nome do lucro a partir de seus corpos. Essas pessoas só são admitidas no navio-mundo sob a condição de serem mantidas fora da vista: a bordo, mas fora-do-mundo. “Menos ruidosa que o estalido do chicote” (p. 73), essa relação *a partir do porão* se acirra ao menor sinal de tempestade. A intempérie engendra os porões do navio-mundo, e serve ao senhor, que prospera com ela, trancando à chave o porão, e entregando quem nele habita à própria sorte.

A emergência do SARS-CoV-2 foi um evento catastrófico, e a metáfora meteorológica das tempestades que se interpunham às rotas dos navios negreiros é particularmente interessante para pensá-la. A pandemia foi um ciclone que explicitou

não apenas o fim da experiência-mundo para milhões de pessoas, mas também a forma como a catástrofe é facilmente instrumentalizável como maneira de relegar os habitantes do porão à própria sorte, mantendo-os vivos na medida em que seja possível comoditizar seus corpos. Ela também deixou explícita a forma como a tempestade, produzida pelos senhores, serve ao propósito de lhes fazer prosperar às custas do lançamento dos habitantes do porão ao mar.

Tabela 1: Os cinco momentos do ciclone da Covid-19	
Rota da indiferença discriminatória	Agudização do neoliberalismo e retirada de direitos
Calvário	Início da pandemia, <i>lockdowns</i>
Indiferença sustentada	Desfinanciamento do SUS, <i>voucherização</i> de direitos, vacinas.
Caos infernal	38 milhões de casos, 711 mil mortes (2024)
Redistribuição discriminatória	Direitos não restituídos, asfixia das classes mais pobres e racializadas.

Adaptado de Ferdinand, 2022

Podemos identificar na pandemia os cinco momentos deste ciclone a partir do porão do mundo (Ferdinand, 2022). Se o SARS-CoV-2, nome técnico do coronavírus responsável pela manifestação da doença, não era previsto, pandemias eram por meio de complexos - e questionáveis - modelos de sistemas de vigilância (Keck, 2015a, 2015b). Esta é, portanto, a *rota da indiferença discriminatória*. Redes de proteção social, precarizadas ao longo de décadas de aprofundamento de políticas neoliberais por todo o mundo, processo agudizado no Brasil pela ascensão do fascismo ultraliberal na última década, foram diques de contenção que já se sabiam inadequados e insuficientes para lidar com a catástrofe. No Brasil, a pandemia foi imediatamente precedida, em primeiro lugar, pela Emenda Constitucional nº 95 (EC95), que congelava os gastos públicos aos patamares do ano em que foi aprovada, 2016, corrigidos apenas pela inflação. Isso afetou profundamente o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e de outras políticas de proteção social (Marques e Ferreira, 2023).

A EC95 foi sucedida, em 2017, por uma reforma que precarizou vínculos trabalhistas em detrimento dos trabalhadores, diminuindo consideravelmente as

garantias mínimas a que teriam acesso, além de aumentar o contingente de pessoas inelegíveis a tais direitos. Pouco tempo depois, em 2019, uma reforma da previdência garantiu o acréscimo de alguns anos no tributo pago pelas pessoas pelo direito de ter um corpo considerado economicamente improdutivo. Como um navio negreiro - talvez malignamente batizado de “Cuidado” - que, ciente da tempestade que se aproxima, não desvia sua rota em nome de preservar lucros a despeito dos avisos em contrário, ou joga os escravizados ao mar⁴, o preço da hecatombe foi calculadamente imputado aos historicamente vulnerabilizados por mecanismos preparados para tal *antes* de a catástrofe acontecer. Os efeitos mais deletérios da pandemia a precedem, tornando a chegada do vírus um mero detalhe.

O segundo momento é o do *calvário*, onde aqueles que habitam o porão começam a ser sacolejados e atirados de um lado a outro. *Lockdowns* - o isolamento de pessoas saudáveis para que estas não servissem de vetor de transmissão do vírus e, em decorrência disso, sobrecarregassem o sistema de saúde - foram instituídos simultaneamente à definição de atividades consideradas essenciais. Apenas mobilidades que não pudessem ser evitadas em nome de um bem coletivo maior estavam autorizadas, enviando à linha de frente motoboys, vendedores ambulantes, profissionais não-médicos de hospitais e outros. Se enfermeiros e médicos eram “essenciais” - categoria que durante as campanhas de vacinação transmutou-se para “prioritários” -, também eram aqueles trabalhadores majoritariamente racializados que limpavam os hospitais e casas, entregavam comida e remédios, faziam corridas e entregas por aplicativo, entre outros.

A instituição, a duras penas, de mecanismos emergenciais de proteção social em meio a uma disputa fratricida entre governadores estaduais, parlamentares e o presidente da República - praticamente todos à direita do espectro político -, foi morosa, insuficiente e excludente. Repentinamente, grande parte dos habitantes do porão foi convocada a sobreviver com um auxílio financeiro cujo valor era inferior a um salário mínimo. Programas de garantia do emprego daqueles que não eram precarizados também vinham acompanhados de cortes de salário classificados

⁴ Durante o período do tráfico negreiro, as seguradoras ressarciam traficantes de africanos escravizados que perdiam suas *commodities* em uma tempestade, mas não indenizavam os traficantes por perdas em razão de maus tratos. Assim, era comum que essas pessoas fossem forçadas a se alimentarem e a se hidratarem para manter-se saudáveis. Caso ficassem doentes - ou mesmo quando não ficavam, mas havia uma oportunidade a ser aproveitada -, eram lançadas ao mar para que depois os traficantes alegassem que os bens segurados haviam morrido durante uma tempestade, garantindo o pagamento da indenização pelas seguradoras. Cf. Ferdinand, 2022.

como inevitáveis. Ao mesmo tempo, o desfinanciamento do SUS se intensificava: o governo federal aumentou os recursos do Ministério da Saúde por meio de realocações orçamentárias, chegando a R\$38,9 bilhões no final de junho de 2020. No entanto, apenas R\$11 bilhões - menos de um terço - foram efetivamente liquidados e empenhados (Mendes, 2020).

Aqui há o momento da *indiferença sustentada*, em que o desdém de quem está no convés por aqueles que estão no porão durante a tempestade fica explícito. Além do destinação pró-forma de recursos, figuras como o então presidente da República, Jair Bolsonaro, e seus seguidores - de dentro e de fora do Estado - reiteradamente diminuíram o efeito da pandemia, em especial o devastador efeito sobre a vida de grupos - calculadamente, como vimos - vulnerabilizados. O governo federal foi, primeiro, contra a implementação de qualquer auxílio para os milhões que perderam toda a sua renda em virtude dos impactos da pandemia, ainda que dissesse estar preocupado com o desempenho da economia após a suspensão das atividades econômicas “não-essenciais”. Depois, decidiu propor um *voucher* de R\$200 a ser pago em três parcelas, e limitado a trabalhadores informais. Por fim, quando o Congresso Nacional aprovou um auxílio no valor de R\$500, para um contingente consideravelmente maior do que o inicialmente planejado, Bolsonaro anunciou o aumento do auxílio que estava sendo obrigado a pagar para R\$600, ainda limitado a três parcelas, e sem beneficiar motoristas de aplicativos de transporte, ambulantes e garçons, por exemplo. Na primeira prorrogação, em junho daquele ano, o valor manteve-se a contragosto do governo. Em setembro, nova prorrogação, com redução pela metade do valor pago (R\$300). Em janeiro de 2021, o governo não renovou a existência do auxílio, deixando os quase 30 milhões de beneficiários do programa sem pagamentos até março. Em abril, após pressão, o auxílio foi retomado com valor médio de R\$250, encerrando-se permanentemente em outubro de 2021.

Também neste momento, podemos situar a campanha de vacinação contra a Covid-19, a qual abordo de maneira mais detida mais à frente e no capítulo 3. O regime Bolsonaro atrasou a compra de vacinas contra a Covid-19, chegando a deixar de responder 81 e-mails da Pfizer, um dos laboratórios produtores do imunizante. Por outro lado, como veremos ao longo deste trabalho, seus detratores, entre eles alguns que se empenharam para garantir imunizantes à população como forma de antagonizar o então presidente e promover desgaste em seu governo,

também respondiam à lógica da indiferença sustentada - e ajudaram sobremaneira durante o momento da rota da indiferença discriminatória, distanciando-se posteriormente deste projeto durante a pandemia como se não fossem co-responsáveis pelos seus efeitos devastadores. Um exemplo recorrente neste trabalho é o do ex-governador de São Paulo, João Doria, e seu aliado na Prefeitura de São Paulo, Bruno Covas, que simultaneamente exaltavam seus papéis como responsáveis pelas vacinas, e imunizavam trabalhadores majoritariamente negros a passos de formiga. Se a noção de grupo de risco embasou a definição de quais grupos receberiam imunização prioritariamente, aqueles que mais morreram em decorrência da Covid-19 foram os últimos a serem vacinados (Marino et al., 2021; Ziegler, 2021). A vacinação, aliás, tornou-se o argumento mais utilizado para suspender quaisquer restrições ainda em vigor, já que uma vez que as pessoas se sentiram seguras, a segurança daqueles do porão já não importava tanto.

Chegamos ao momento do *caos infernal*. Mesmo com uma subnotificação altíssima, o Brasil registrou mais de 38 milhões de casos confirmados de Covid-19 desde 2020, com mais de 711 mil mortos em decorrência da doença. Os cemitérios ficaram lotados, necrotérios não tinham mais espaço para guardar corpos, pessoas morreram sem ar nos corredores de hospitais de todo o país. Os números de mortos e doentes, ditos a frio, não nos dizem nada sobre quem foram essas pessoas. É possível, entretanto, dispor de algumas pistas: pessoas negras e indígenas possuíam respectivamente cinco e duas vezes mais risco de contrair a doença do que pessoas brancas (Hallal et al. 2020), além de o número de mortes de pessoas negras ter sido cinco vezes maior do que o de pessoas brancas (SMDH, 2021). Por fim, em todas as fases da pandemia, os 20% mais pobres apresentaram o dobro de risco de infecção em comparação aos 20% mais ricos (Id. Ibid.). *Política do porão*.



Imagem 2: Imagem aérea do cemitério Vila Nova Cachoeirinha, maior cemitério da cidade de São Paulo, em março de 2021. No dia 28 de março daquele ano, a cidade de São Paulo registrou o maior número de enterros em um único dia em sua história: 392. Os sepultamentos foram suspensos no Vila Nova Cachoeirinha em 30 de março por falta de espaço.

Finalmente, o quinto momento dessa política do ciclone é seu desfecho na forma de uma *redistribuição discriminatória*. Os direitos retirados não se restituíram: tanto a reforma trabalhista, quanto a da previdência permanecem em vigor mesmo após a vitória eleitoral da esquerda institucional. A EC95, conhecida como o teto de gastos, foi substituída, pelo governo de esquerda, por outro mecanismo de austeridade considerado mais flexível na imposição de limites para os gastos públicos, mas com o mesmo propósito restritivo: a diferença reside na possibilidade de aumento da tributação dos mais ricos de maneira a subsidiar os gastos do Estado com os mais pobres. Tal aumento na tributação dos mais ricos, no entanto, é hipotético, enquanto o arrocho já está aprovado. Além disso, ele ignora a relação matemática estabelecida pela política do porão durante a pandemia: enquanto durante a tempestade, trabalhadores perderam 3,7 trilhões de dólares em todo o mundo (Partington, 2021), bilionários acrescentaram 3,9 trilhões de dólares aos seus patrimônios (Kaplan, 2021). Os valores não são similares ao acaso: a tempestade serve ao senhor, como pontuado acima, e a pandemia serviu como mecanismo de

espoliação e concentração de riqueza, e uma oportunidade para aprofundar o sistema de exclusão capitalista. *Política do porão*.

Pandemia e neoliberalismo: regulações, variantes e semiologia.

Marilyn Strathern argumentou, no auge do governo neoliberal de Margaret Thatcher no Reino Unido, que o conceito de sociedade estava teoricamente obsoleto para o uso das ciências sociais. De acordo com a autora, a ideia de sociedade como entidade abstrata fez parecer que as relações sociais, intrínsecas e não extrínsecas à experiência humana, eram secundárias, e não primárias para nossa existência. Em outras palavras, a ideia de sociedade havia sido operacionalizada como se estivesse em oposição ao indivíduo, em nome de um individualismo prescritivo que, “entre outras coisas, torna invisíveis os colossais interesses comerciais e militares multinacionais, uma vez que tudo o que ‘vemos’ é até que ponto o cliente é o beneficiário de serviços” (2017, p. 199). Esse movimento, exemplificado no neoliberalismo tatcherista, reuniu, então, todos os tipos de coletividade e organização que tivessem por característica uma presença social, e os descartou em nome de tal individualismo. “Como a sociedade não existe mais”, conclui a autora, “o fato de possuírem uma natureza social já não lhes confere legitimidade” (Id. Ibid.). É de Thatcher, maior nome da história do Partido Conservador britânico, a declaração:

“Creio que atravessamos um período no qual muitas crianças e pessoas foram levadas a compreender ‘eu tenho um problema, é trabalho do governo lidar com ele!’, ou ‘eu tenho um problema, vou solicitar um auxílio para lidar com ele!’, ‘eu estou sem moradia, o governo precisa me fornecer moradia!’... Então as pessoas estão projetando seus problemas sobre a sociedade, e quem é a sociedade? Isso não existe! O que existe são indivíduos, homens e mulheres, e as famílias(...)” (Thatcher, 1987, tradução livre)

Em movimento análogo, o ex-primeiro-ministro britânico Boris Johnson ganhou notoriedade política no mesmo Reino Unido de Thatcher e Strathern durante o *Brexit*, como ficou conhecida a campanha para a retirada do país da União Europeia. Sob o argumento de que o pertencimento ao bloco europeu minava a soberania nacional britânica sobre temas sensíveis como as políticas migratórias -

cerne do debate até então⁵ -, o Partido Conservador de Johnson liderou o processo de discussão sobre a saída do país do bloco, propondo o referendo que culminou na vitória da tese de que os britânicos deveriam abandonar o jugo europeu. Sob a perspectiva vencedora do referendo, estava-se diante de um coletivo que impõe ordenamentos deletérios a uma de suas unidades componentes, ansiosa pela libertação - uma boa, embora parcial, descrição do neoliberalismo enquanto sistema cultural (Sahlins, 2003).

No entanto, Johnson distanciou-se parcialmente dos ensinamentos de sua preceptora alguns anos depois. Em março de 2020, o então primeiro ministro contraiu Covid-19, chegando a ficar três dias internado em uma Unidade de Terapia Intensiva. Antes, ainda em auto-isolamento, Johnson declarou que se havia algo que a crise do coronavírus provava, era a de que a sociedade realmente existia (There is..., 2020). Dessa forma, o primeiro-ministro simultaneamente destacava o papel que a coletividade desempenhava na mitigação das infecções por SARS-CoV-2 através da adesão às restrições de circulação e aos cuidados sanitários, como o uso de máscara e hábitos de higiene, e o papel do National Health System (NHS) britânico na resposta emergencial a um vírus desconhecido, extremamente contagioso e potencialmente mortal.

A pandemia de Covid-19 colocou em relevo a fabricação de uma dicotomia entre o cuidado individual, cujo objetivo seria manter o corpo biológico em um pólo que se considera saudável, e o cuidado coletivo, que visa impedir o espraiamento do vírus por meio do distanciamento, do isolamento social e de medidas sanitárias básicas, como uso de máscaras e adoção de hábitos de higiene simples, como lavar as mãos. Essa divisão, entretanto, é uma perspectiva construída a partir de uma premissa falsa: a polarização entre o indivíduo e o coletivo, onde os pólos necessariamente se anulam. O elogio da coletividade veio acompanhado de uma grande ênfase na liberdade individual de escolha sobre adotar ou não tais hábitos, e essa perspectiva foi se fortalecendo à medida que a pandemia se alongava. A responsabilidade pelas consequências do descumprimento de algumas medidas básicas de proteção também passou a ser cada vez mais alocada no polo individual dessa díade, como veremos mais adiante.

⁵ No entanto, há indícios de que a agenda migratória foi instrumentalizada como forma de operar a campanha política do Brexit e, assim que ela chegou ao fim e cessaram os investimentos em propaganda anti-imigração, isso foi revertido. Cf. Adam e Booth, 2018.

Muito embora este não seja um trabalho que se aprofundará na experiência britânica da pandemia, é importante fazer essa ponderação sobre a neoliberalização do cuidado em saúde (McGregor, 2001). Concordando com Carlquist e Phelps (2014), refiro-me ao neoliberalismo enquanto um sistema ideológico-cultural associado ao favorecimento da competição de livre-mercado, desregulação e redução da intervenção governamental em políticas das mais diversas searas - à exceção das políticas de segurança - e valorização da noção da liberdade de escolha individual. Adiciono, no entanto, que a desregulação e a redução da intervenção governamental tiveram um efeito limitado a determinadas áreas, como sobre as medidas de garantia da liberdade econômica, tornando temas como a migração alvos de exponencial crescimento de complexidade dos arcabouços regulatórios e de securitização, além da precarização e do desfinanciamento crescente das políticas de seguridade social.

Regulações

Durante a pandemia, uma das facetas do neoliberalismo veio à tona no formato das restrições a determinadas mobilidades humanas, em especial àquelas de grupos de migrantes racializados, em benefício da livre circulação de mercadorias e produtos. A imposição de fechamentos de fronteiras para os migrantes internacionais frequentemente foi contrastada com uma porosidade seletiva que tratava de maneira diferenciada fronteiras terrestres e aéreas, migrantes regulares e indocumentados, brancos e negros ou indígenas, os eleitos e a “escória do mundo” (Azevedo, 2015).

Ainda em 2019, o governo Jair Bolsonaro retirou a exigência de vistos para nacionais dos Estados Unidos, Canadá, Austrália e Japão. A retirada foi unilateral, ou seja, não houve, pelo Brasil, solicitação do princípio de reciprocidade, que prevê a adoção de medidas de igual valor pelos países beneficiados, fazendo com que brasileiros continuassem obrigados a possuir visto para a entrada nesses países. Essa medida, em vigor até abril de 2024, foi mantida durante toda a pandemia, quando uma profusão de medidas de restrição de entradas foi formulada sob o pretexto de garantir a segurança sanitária do país diante do influxo de não nacionais potencialmente perigosos.

No Brasil, o primeiro instrumento normativo de fechamento de fronteiras foi publicado em 17 de março de 2020. A Portaria nº 120 do Ministério da Justiça

(Brasil, 2020a) fechava as fronteiras terrestres com a Venezuela, proibindo especificamente a entrada de venezuelanos no país - um profundo contraste com a narrativa de acolhimento de refugiados que “fugiam do socialismo” (Branco-Pereira, 2020; 2022). Os venezuelanos foram os únicos, durante toda a pandemia, a terem negado o direito de entrar no país mesmo que possuíssem residência permanente, e a circulação entre “cidades-gêmeas” nas fronteiras também ficou proibida. Posteriormente, em 19 de março, o governo federal publicou a Portaria nº 125, fechando as fronteiras terrestres entre Argentina, Uruguai, Paraguai, Bolívia, Peru, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa (França) e Suriname (Brasil, 2020b).

A primeira restrição de entrada por vias aéreas data de 20 de março de 2020, quando a Portaria nº 126 restringiu a entrada de pessoas da China, União Europeia, Islândia, Noruega, Suíça, Reino Unido, Austrália, Japão, Malásia e Coreia do Sul (Brasil, 2020c). Em 27 de março, a Portaria nº 152 restringiu a entrada de estrangeiros de quaisquer países por vias aéreas (Brasil, 2020d), e em 31 de março, a Portaria nº 158 foi a primeira a citar de maneira específica a dificuldade do Sistema Único de Saúde brasileiro em lidar com a pandemia para justificar a renovação da proibição de entrada de venezuelanos no Brasil, possuíssem eles direitos de residência ou não (Brasil, 2020e). As portarias que versavam sobre o fechamento de fronteiras aéreas duraram 30 dias⁶, e não foram renovadas, enquanto as fronteiras terrestres, à exceção da fronteira com o Paraguai, permaneceram fechadas até dezembro de 2021.

Como efeito imediato das portarias, o número de migrantes deportados passou de 36 em 2019, para 2.091 em 2020 e 1.285 em 2021, totalizando 3.376 em apenas dois anos (Polícia Federal, 2021). Todas as portarias citadas também faziam a ressalva sobre a livre circulação de cargas - e dos trabalhadores responsáveis por fazerem-nas circular. As mobilidades, fossem das elites globais, fossem as que interessavam ao capital e expunham trabalhadores ao risco de contágio e morte, permaneceram majoritariamente inatacadas, reproduzindo a lógica do inócuo debate sobre qual deveria ser a prioridade durante o período: a economia ou a saúde pública. *Política do porão.*

⁶ Houve também edição eventual, normalmente ligadas à descoberta de novas variantes do SARS-CoV-2, de normativas de proibição de entrada de nacionais de determinados países, como a Portaria nº 648 de dezembro de 2020, que proibiu voos oriundos do Reino Unido e Irlanda do Norte, a Portaria nº 652 de janeiro de 2021, que proibiu voos oriundos da África do Sul, e a Portaria nº 663 de dezembro de 2021, que proibiu voos oriundos da África do Sul, Botsuana, Essuatíni, Lesoto, Namíbia e Zimbábue.

1)Deportados no período de 2019, 2020 e 2021 totalizaram 3.412 estrangeiros. Segue dados de DEPORTADOS por ano.

2019 - 36 estrangeiros
2020 - 2091 estrangeiros deportados
2021 - 1285 estrangeiros
Atendimentos por Ano

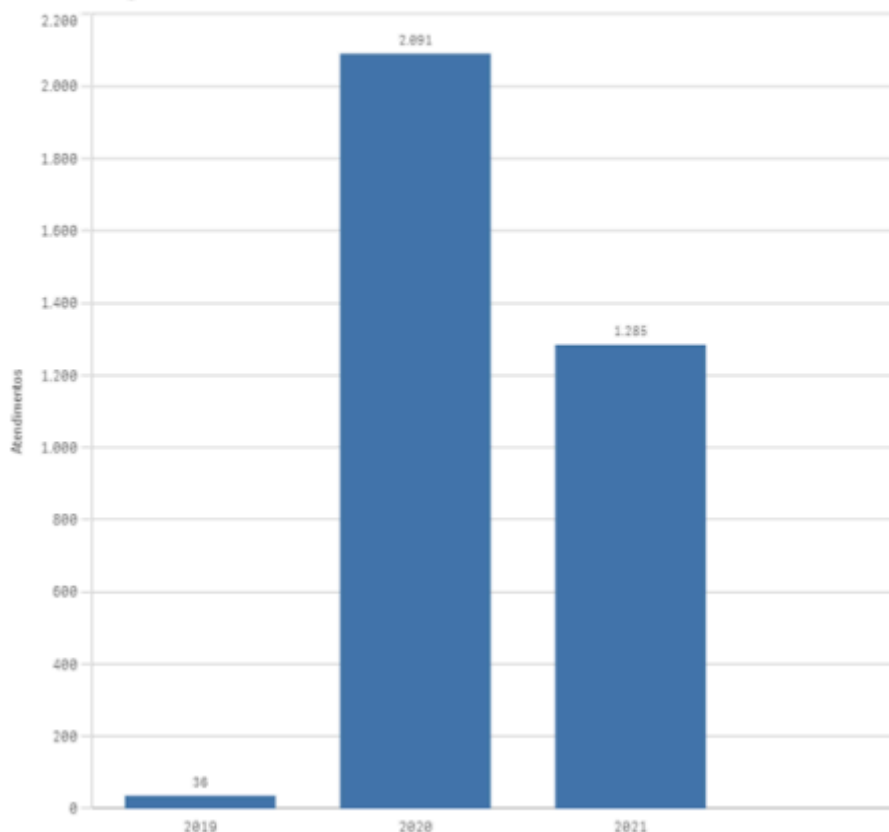


Imagem 3: Captura de tela de documento fornecido pela Polícia Federal ao pesquisador em setembro de 2021 indicando o número de migrantes deportados entre 2019 e agosto de 2021.

Variantes e gestão semiótica da pandemia

As variantes do SARS-CoV-2 constituíram um espetáculo semiótico à parte. No fim de 2020, o vírus passou a sofrer uma série de mutações que o levaram a ser potencialmente mais contagioso e mortal. Isso levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a adotar duas categorias de classificação para hierarquizar o nível de ameaça representado por diferentes cepas de vírus: Variantes de Interesse (VOI, na sigla em inglês) e Variantes de Preocupação (VOC, na sigla em inglês)⁷. As VOI são

⁷ Em 2023, foi criada a categoria Variants Under Monitoring (VUM) para definir variantes com mudanças genéticas que suspeita-se afetar as características do vírus, e sinais de prevalência relativa a outras variantes em circulação - i.e., podem representar aumento da proporção de casos

aquelas que possuíam marcadores genéticos que poderiam afetar a transmissão, o diagnóstico, o tratamento, ou permitir escape imunológico - redução da neutralização do vírus por anticorpos produzidos pela ação de imunizantes ou por infecções prévias -, apresentando também evidências de que poderiam ser potenciais causadoras de aumento de proporção de casos concomitantemente a um aumento de prevalência - i.e., aumento da proporção de casos atribuídos a tal variante em comparação às outras circulantes (OMS, 2023). As VOC são VOI's que, por avaliação comparativa, demonstraram estar associadas ao efetivo aumento na transmissibilidade, na mudança da apresentação clínica da doença ou diminuição na efetividade de medidas de saúde pública ou dos diagnósticos, vacinas e terapêutica disponíveis.

A primeira VOI foi a B.1.351⁸, conhecida também como “variante sul-africana” identificada na África do Sul em maio de 2020, reclassificada como VOC em dezembro daquele ano. A B.1.1.7⁹, conhecida também como “variante britânica”, foi identificada no Reino Unido em setembro de 2020, também reclassificada como VOC em dezembro daquele ano. A P.1¹⁰, conhecida também como “variante brasileira”, foi identificada primeiramente no Japão, mas se originou no Brasil em novembro de 2020, e reclassificada como VOC em janeiro de 2021. A B.1.617.2, conhecida também como “variante indiana”, foi identificada na Índia em outubro de 2020, reclassificada como VOI em abril de 2021 e a VOC em maio daquele ano. Por fim, a B.1.529¹¹, identificada em múltiplos países simultaneamente em novembro de 2021, e reclassificada como VOC no mesmo mês. No momento em que esta tese foi escrita, também eram consideradas VOC as subvariantes da B.1.529, ou Ômicron, batizadas de BA.1, BA.2, BA.3, BA.4, BA.5 e a XBB.1.5, ou “Kraken”, uma combinação entre duas sublinhagens derivadas da BA.2 surgida nos Estados Unidos.

Não pretendo delinear uma história natural do vírus, mas alguns pontos precisam ser ressaltados. O primeiro ponto a se ressaltar sobre as variantes é a associação entre elas e os países onde foram identificadas. Tal associação, assim

concomitante a um aumento de prevalência (proporção de infectados com a variante observada) globalmente, ou em uma região particular - mas que ainda não possuem evidências claras sobre seu impacto, requerendo melhor monitoramento e avaliação de novas evidências.

⁸ Posteriormente renomeada como Beta.

⁹ Posteriormente renomeada como Alpha.

¹⁰ Posteriormente renomeada como Gamma.

¹¹ Popularmente conhecida como Ômicron.

como a vinculação inicial entre a cepa original do vírus e a China, produziu efeitos importantes sobre a estigmatização e o racismo sofridos pelas populações dos países onde os patógenos eram identificados. Ainda em janeiro de 2021, a OMS determinou que as variantes fossem rebatizadas com letras gregas para evitar que essas associações tivessem efeitos negativos (OMS, 2021). Ainda assim, diversas normativas de restrição de circulação baseadas exclusivamente na detecção dessas variantes foram e continuam sendo utilizadas seletivamente por países, como citado aqui. Em um dos exemplos, o Canadá manteve, durante 2023, restrições de viagem para pessoas vindas da China. Tal restrição, no entanto, esteve associada apenas à possibilidade do surgimento de uma nova variante em virtude da suspensão das medidas de restrição de circulação pela China, não à sua efetiva identificação - enquanto isso, a subvariante XBB.1.5 já correspondia, no início de 2023, a quase metade dos casos dos Estados Unidos, sem que medida semelhante fosse adotada em relação a nacionais daquele país.

A instrumentalização do respeito à autoridade científica foi uma marca constante ao longo da pandemia, como demonstra o exemplo acima, e como já argumentei em outras oportunidades (Branco-Pereira, 2021). Desde o início do surgimento das variantes, foi atribuída exclusivamente a elas a responsabilidade pelos eventuais crescimentos vertiginosos em número de infecções e contágios, ignorando, por exemplo, o nem tão gradual arrefecimento das outras medidas de proteção, como veremos no próximo capítulo. No Brasil, foi atribuída à variante Gamma (P.1) a responsabilidade pela maior onda de mortes da Covid-19 registrada até o momento, quando mais de 350 mil pessoas morreram entre janeiro e julho de 2021. Em janeiro daquele ano, entretanto, o país já havia iniciado a reabertura econômica há pelo menos 6 meses, além de ter atrasado o início da vacinação em pelo menos um mês devido à recusa ativa do governo de Jair Bolsonaro em adquirir imunizantes (Schreiber, 2021). As chamadas “quarentenas inteligentes” funcionavam em diferentes níveis de restrição de circulação, e, via de regra, expunham trabalhadores de baixa renda a um risco muito maior de contágio e morte do que as classes mais abastadas, em especial porque muitos não puderam receber qualquer auxílio financeiro emergencial do governo (Marins et al., 2021). Ainda assim, foi comum a atribuição do surto de Covid-19 à força natural e politicamente neutra da variante Gamma e de suas sublinhagens endêmicas: a variante era a única responsável pelo desastre (Madeiro, 2022; da Silva et al., 2022), uma tempestade

que, desimplicada politicamente, não pode ser responsável pelas mortes que produz, ainda que essas mortes sejam derivadas de decisões conscientes de alguns.



Imagem 4: Registro da estação Sé do metrô de São Paulo em 17 de março de 2021 feito por um usuário. No dia anterior, o Brasil havia registrado 2.850 mortes por Covid-19, maior número até aquele momento. Menos de um mês depois, em 8 de abril, o país registraria o número recorde de mortes em um só dia: 4.249.

A variante Ômicron, única considerada VOC pela OMS no momento de escrita desse texto, também representa um exemplo didático sobre como funcionou a gestão semiótica da pandemia. Quando ela surgiu, no fim de 2021, a maior parte dos países já havia acabado com as restrições de circulação relativas à pandemia. Sua chegada, no entanto, não foi encarada com as mesmas ressalvas apresentadas quando da identificação das variantes pregressas. Ao contrário, imprensa, governos e cientistas celebraram a nova variante, considerada menos agressiva e com a força atenuada pela vacinação em massa - mesmo que apenas em alguns lugares do mundo -, como o fim da pandemia. Ainda que ela não significasse o desaparecimento do vírus, conseguiríamos conviver com ele uma vez que ele se

tornaria sazonal e menos mortal, como a gripe - afirmava-se em revistas do porte da Lancet que a taxa de mortalidade da Covid-19 se aproximaria daquela imputada ao vírus Influenza, causador da gripe (Murray, 2022), o que nunca se concretizou mesmo com a população majoritariamente vacinada. A título de comparação, a Covid-19 vitimou (oficialmente) 11.201 pessoas entre janeiro e agosto de 2023, data dos dados mais recentes quando da escrita desse trabalho, enquanto a doença causada pelo vírus Influenza matou 828 pessoas no mesmo período (Ministério da Saúde, 2023).

À época do surto da Ômicron, um apagão de dados impediu o devido acompanhamento da pandemia no Brasil (Rocha e Moreira, 2022), e os testes no SUS foram direcionados apenas aos casos considerados graves (Damasceno, 2022), algo já recomendado desde março de 2020 - muito em função da pressão de empregadores resistentes em conceder a seus funcionários o devido tempo de recuperação (Brigatti, 2022; Cunha, 2022). Mesmo assim, os números de mortos voltaram a escalar rapidamente, chegando a 1.303 no dia 9 de fevereiro. Nesse mesmo dia, a Fundação Oswaldo Cruz, principal centro de pesquisas em saúde pública do país, qualificou o momento vivido pelo Brasil na pandemia enquanto uma “janela de oportunidades” em razão do potencial efeito benéfico que a imunização massiva, fosse pela infecção, fosse pela vacinação, iria produzir - a chamada imunidade de rebanho. Diz o relatório:

“A despeito das controvérsias e incertezas ainda existentes, é fato que a explosão de casos cria temporariamente uma legião de pessoas com resposta imune ao vírus. Mesmo que esta resposta seja de curta duração ou temporária, isso significa que, por algum tempo, haverá centenas de milhares de pessoas ao mesmo tempo imunes a uma nova infecção. Este cenário pode ser encarado como uma **janela de oportunidades**. Em um momento em que há muitas pessoas imunes à doença, se houver uma alta cobertura vacinal completa entre as pessoas, há a possibilidade de, tanto reduzir o número de casos, internações e óbitos, como de bloquear a circulação do vírus.” (Freitas et al., 2022)

Uma variante mais transmissível só poderia ser uma boa notícia, já que ela permitiria uma readequação do sistema de saúde para o atendimento. Que isso se desse às custas da lotação das UTIs pediátricas no Distrito Federal em 19 de fevereiro - 10 dias após a publicação do relatório (Lotação de..., 2022) -, em Campinas em 18 de abril (Com leitos..., 2022) e em outras cidades do estado de São Paulo, inclusive a capital, em 27 de junho (Tomazela, 2022), além de outros

lugares, como Pernambuco, ao longo de 2023 (Laboissière, 2023), é um mero detalhe. Mesmo os leitos de UTI adultos passaram várias semanas com lotação próxima à máxima em vários estados e no Distrito Federal no primeiro trimestre de 2022 (Augusto et al., 2022), e mesmo em 2023 (Leitos de..., 2023). Além disso, tal postura desconsiderava, entre outras coisas, os efeitos prolongados da Covid-19, também conhecidos como “Covid longa” (O’Mahoney et al., 2023), os impactos sobre a saúde de pessoas teoricamente curadas, como o aumento da propensão ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, neurológicas e psiquiátricas crônicas (Xie et al., 2022; Taquet et al., 2022), e a baixa cobertura vacinal de grupos como migrantes racializados, como veremos durante os próximos capítulos.

Vacinação: entre a imunologia e a semiologia

A vacinação, por outro lado, constituiu o principal instrumento de combate ao vírus - ou de viabilização da retomada das atividades econômicas - desde o início de sua aplicação em 2020. Embora nenhuma promettesse zerar a transmissibilidade da doença, todas as vacinas tinham sua eficácia contra agravamentos, hospitalizações e mortes acima de 50%. A duração da imunização concedida, no entanto, era uma incógnita, já que todos os testes clínicos e laboratoriais foram realizados emergencialmente, à mesma maneira de sua aprovação pelas agências sanitárias dos países e pela OMS. Hoje sabemos que a eficácia da vacina tem duração limitada, o que torna mesmo pessoas com o ciclo vacinal primário¹² completo suscetíveis a agravamentos e mortes após alguns meses (Ferdinands et al., 2022). Também sabemos que a resposta imunológica dos inoculados tende a cair após subsequentes doses de reforço (Regev-Yochay, 2022), gerando menos imunização e por menor tempo, tornando, assim, a infecção compulsória ainda mais importante para a efetivação das metas de imunização, como defendido no documento da Fiocruz previamente citado. Em nome de uma divulgação científica destinada a produzir credibilidade a esse instrumento terapêutico, governantes e cientistas alinhados permitiram-se algumas licenças poéticas na fabricação da realidade da pandemia.

Os reforços semióticos foram constantes, com diversas campanhas de incentivo à vacinação que contrastavam com as reservas de vacina para grupos

¹² O chamado ciclo primário é composto de duas ou três doses da vacina, a depender da fabricante do imunizante.

considerados prioritários. Tais reforços semióticos passaram necessariamente pela divulgação de dados relativos à vacinação de pessoas internadas em enfermarias, em UTIs ou mortas por Covid-19 que não haviam se vacinado, ou não haviam completado o ciclo inicial de vacinação¹³. A título de exemplo, o Instituto Butantan, importante instituição científica brasileira corresponsável pelo desenvolvimento de um dos imunizantes mais aplicado no Brasil em parceria com o laboratório chinês Sinovac, veiculou em março de 2022 em sua página matéria de título “Não vacinados representam 75% das mortes por Covid-19, diz estudo brasileiro” (NÃO vacinados..., 2021), e notícias como essas eram comuns a cada nova onda de infecções e contágios. Tal construção semiótica subsumia simultaneamente um reforço positivo àqueles que decidiram se vacinar, e, por oposição, uma condenação moral e política aos que, sob essa perspectiva, decidiram voluntária e autonomamente não se vacinarem. Como era a vacinação um ato da alçada da decisão autônoma individual, pois não foi tornada obrigatória, não estar vacinado era automaticamente classificado enquanto ato político de alinhamento aos chamados negacionistas, e de recusa à dimensão coletiva que a proteção vacinal concedia - um argumento coletivista de estrutura individualista. Assim, não importava quem estivesse morrendo, pois mereciam.

A adoção de passaportes vacinais seguiu a mesma lógica. O Brasil adotou a medida em 11 de dezembro de 2021 por meio de decisão judicial do ministro do Supremo Tribunal Federal, Luís Roberto Barroso, após o então presidente Jair Bolsonaro negar a implementação da medida. A decisão do ministro Barroso enfatizava que a medida era necessária para evitar que o Brasil se tornasse destino do “turismo antivacina”. Passaportes vacinais foram adotados tanto enquanto requisito para adentrar o país, quanto para definir elegibilidade para a circulação interna.

Alguns pontos merecem ser destacados sobre a medida. Primeiro, ela reproduz a lógica apresentada acima: a restrição de circulação foi amplamente apoiada no Brasil pois tinha um caráter punitivo àqueles que, em teoria, decidiam-se autônoma, livre e individualmente por não se vacinar, desrespeitando um pacto coletivo *moderno* contra a pandemia. No Brasil, a posição contrária do presidente Jair Bolsonaro à adoção da medida reforçou a ideia de que toda não vacinação era

¹³ Sobre como calcular a proporção de mortalidade entre vacinados e não vacinados, cf. Montañez & Lewis 2022.

uma declaração política de extrema-direita, e a crítica às exclusões feitas pela exigência do comprovante de vacina - ainda que a vacina em si nunca tenha sido tornada obrigatória - beneficiava àqueles que, durante a pandemia, foram negacionistas e colaboraram ativamente para que seus impactos fossem maiores do que realmente deveriam ter sido.

Além disso, ela ignorava a existência do chamado “apartheid de vacinas” (Bajaj et al., 2022), título usado para descrever a enorme assimetria de acesso às vacinas contra a Covid-19 entre diferentes países do mundo. Enquanto países como o Canadá adquiriram doses para vacinar 400% da própria população (Rastello e Bongolaro, 2020), outros, como o Haiti, iniciaram seu programa de imunização tardiamente, com poucas vacinas doadas a título de caridade por outros países, e caminham a passos lentíssimos em direção à proteção contra a Covid-19, inclusive de profissionais de saúde que atuam na linha de frente do combate à pandemia. Isso se traduz na cobertura vacinal: enquanto o Canadá vacinou 93% de sua população com ao menos duas doses, o Haiti vacinou apenas 3,02% de acordo com o último registro público conhecido, de 2 de junho de 2023 (Our World in Data, 2023). Outros países também continuam a possuir taxas de cobertura vacinal baixíssimas:

Tabela 2: Exercício de comparação entre a cobertura vacinal contra a Covid-19 em países do centro do mundo colonial - e com populações majoritariamente brancas, como no caso das ex-colônias Canadá e Estados Unidos - e países das franjas deste navio-mundo, as ex-colônias com populações majoritariamente não-brancas. Alguns dos países listados, como Portugal, Haiti, Venezuela e Bolívia figuram entre os maiores grupos demográficos de migrantes no Brasil.

País	% da população com ciclo vacinal primário contra a Covid-19 completo	% da população que, segundo as regras estipuladas pelo passaporte vacinal, poderiam entrar no Brasil entre 11/12/2021 e 23/05/2023	Data da última divulgação de informações sobre número de vacinados¹⁴
Haiti	3,02%	96,98%	02/06/2023
Senegal	8,68%	91,32%	10/09/2023

¹⁴ Consulta em dezembro de 2023.

República Democrática do Congo	14,54%	85,46%	04/06/2023
Angola	26,95%	73,05%	10/11/2023
Nigéria	37,2%	62,8%	05/11/2023
Bolívia	50,4%	49,6%	07/10/2022
Venezuela	53,1%	46,9%	18/11/2022
Estados Unidos	69,47%	30,53%	09/05/2023
Alemanha	76,24%	23,76%	06/04/2023
França	78,44%	21,56%	10/07/2023
Brasil	81,81%	-x-	18/03/2023
Canadá	82,6%	17,4%	02/02/2023
Espanha	85,65%	14,35%	29/03/2023
Portugal	86,71%	13,29%	01/09/2023

Adaptado de Our World in Data, 2023, com dados do autor

No caso do Brasil, o passaporte vacinal explicitava a adoção de um critério racial pela política migratória brasileira entre dezembro de 2021 e maio de 2023, quando a medida foi suspensa. Se a má distribuição das vacinas pelo mundo respondeu a uma lógica racializante e colonial, instituí-la enquanto critério para adentrar o país constituía, na prática, no estabelecimento da proibição de entrada de grandes porcentagens de migrantes não-brancos, facilitando o ingresso de migrantes racializados enquanto brancos no Brasil. Por exemplo, 96,98% da população haitiana estava formalmente impedida de entrar no Brasil no período, ainda que desejassem se vacinar, enquanto esse percentual caía para 23,76% da população alemã impedida de fazer o mesmo, e apenas 13,29% dos portugueses. Ao mesmo tempo, a medida negava acesso de migrantes negros e indígenas aos imunizantes em seu sistema de saúde universal, enquanto facilitava o acesso gratuito ao SUS a migrantes de países majoritariamente brancos, de renda alta e situados no norte. A medida durou, como dito acima, até maio de 2023, quando foi revogada pela Resolução da Diretoria Colegiada nº 789 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2023) após a OMS anunciar o fim da emergência sanitária global.

Por fim, a vacina tornou-se não apenas o instrumento preferencial de defesa do retorno à vida normal, mas o único - e “vida normal” se tornou um sinônimo de retorno à atividade econômica plena e às lógicas de exploração, pioradas diante do acirramento da retirada de direitos. Apesar das esperadas e saudáveis controvérsias científicas - como o fato de que a eficácia das vacinas tem duração limitada, o que torna mesmo pessoas completamente vacinadas¹⁵ suscetíveis a agravamentos e mortes após alguns meses (Ferdinands et al., 2022), ou que a resposta imunológica dos inoculados tende a cair após subseqüentes doses de reforço (Regev-Yochay, 2022), gerando menos imunização e por menor tempo -, as campanhas de vacinação significaram, na prática, o fim da pandemia, que acabou de maneira administrativa, ou seja, o fim da pandemia em termos práticos sem a eliminação das condições que a criaram, ou sem o controle da circulação do vírus e a compreensão de sua sazonalidade.

Isso demonstra o casuísmo do argumento de defesa da ciência, instrumentalizado para a efetivação de determinados interesses políticos e econômicos. Tal posição descarta seletivamente a produção científica politicamente incômoda e que desafia o estatuto de *realidade* das asserções das disciplinas e saberes que representam esses interesses políticos e econômicos - algumas, afinal, descrevem a concretude da realidade, enquanto outras focam nas narrativas e interpretações acessórias à realidade (como no caso deste trabalho, diriam). O casuísmo também demonstra as cooperações, compromissos e alianças estabelecidos com os grandes interesses econômicos por determinados indivíduos, setores e disciplinas dos chamados saberes científicos, que, simultaneamente, advogam a neutralidade de suas análises e pareceres, como se neutro fosse o próprio neoliberalismo. A forma como as coisas têm de ser. O *natural*. A *realidade despida das lentes matizantes das ficções narrativas*. A ascensão de um positivismo acrítico enquanto pólo opositor ao negacionismo foi sustentada pela lógica neoliberal, ao mesmo tempo que a sustentou, e representou oposição meramente estética à extrema-direita no poder, representada no Brasil por Jair Bolsonaro.

Em 10 de julho de 2021, Daniele Franco, ministro da economia da Itália e presidente do G20, grupo das 19 maiores economias do mundo mais a União Europeia, afirmou durante reunião do grupo: “Todos concordamos que nós devemos

¹⁵ O chamado ciclo primário é composto de uma, duas ou três doses da vacina, a depender do laboratório produtor, e do momento da pandemia a que estivermos nos referindo.

evitar introduzir novamente quaisquer restrições aos movimentos dos cidadãos e ao estilo de vida das pessoas. *A única resposta é a vacinação.*¹⁶ (Reuters, 2021, ênfase minha, tradução livre). Ainda que tal entendimento nunca tenha sido estendido a determinados fluxos migratórios, que ainda estão sendo alvo de medidas discriminatórias de restrição de circulação - ou seja, o fim da pandemia não significou o fim de algumas tecnologias estatais de controle trazidas por ela -, a declaração deixou bem claro que a vacinação não era mais apenas a intervenção terapêutica preferencial, mas a única. As restrições à mobilidade e ao estilo de vida das pessoas a serem evitadas eram aquelas que ameaçavam o senso de segurança necessário para que as pessoas retornassem à normalidade das atividades econômicas - i.e., relações majoritariamente abusivas e exploratórias de trabalho - sem maiores questionamentos. Assim, a adoção da vacina como instrumento único de combate à pandemia cumpriu a função de imunização semiótica contra a insegurança e o medo dos últimos anos, beneficiando a retomada econômica.

Considerações finais

Neste capítulo, procurei argumentar que a pandemia foi guiada por uma política colonial que chamei, inspirado por Malcom Ferdinand, de política do porão. Caracterizada pela *comoditização* dos corpos não-brancos, importantes apenas enquanto recursos, ela esteve ativa durante a pandemia de Covid-19, a maior tempestade em décadas, intensificando as relações neoliberais que produzem os porões do mundo e lá encerram os despossuídos. A biopolítica negreira, que imputou a pandemia duplamente na conta dos extramodernos (ao responsabilizá-los pelo seu surgimento e ao reivindicar majoritariamente suas vidas como tributo), se livrou lucrativamente de milhões deles. Nos diz Ferdinand:

“A catástrofe nasce precisamente das ações empreendidas pelos humanos antes mesmo do perigo. A catástrofe, às vezes, até se torna uma oportunidade sórdida para se livrar daquelas e daqueles a quem o mundo é recusado. O ciclone se torna o pretexto para não conviver com o outro e para lançar o mundo ao mar.” (Ferdinand, 2022, p. 94)

¹⁶ “We all agree we should avoid introducing again any restriction on the movement of citizens and the way of life of people. The only answer is vaccination”

A pandemia tornou-se pretexto para lançar os do porão ao mar, fosse por meio das regulações seletivas às mobilidades - neste caso, humanas e não-humanas -, fosse por meio da falsa dicotomia indivíduo-coletivo, ou mesmo pela adoção do discurso positivista acrítico e politicamente comprometido em favor da vacina enquanto instrumento terapêutico exclusivo de mitigação da pandemia - e tudo o que veio a reboque, como os passaportes vacinais. As vacinas, neste caso, cumpriram o papel de tornar possível a volta à “vida normal” do capitalismo a despeito da catástrofe. Simultaneamente, a assimetria na vacinação - ou o apartheid de vacinas - também será sentida no nível local, com as populações negras e indígenas sendo as que simultaneamente mais morreram e que foram vacinadas de maneira mais lenta - e veremos isso em detalhes no capítulo 3. Além dos óbvios efeitos das notícias *semifalsas* sobre a chamada hesitação vacinal, como a reportada por Mwewa na citação que abre esta tese, a canalização de vacinas para territórios com população majoritariamente branca e de renda alta demonstra que a reabertura econômica forçada continuou não se importando para quem estava no porão.

As campanhas de vacinação significaram, portanto, o fim administrativo da pandemia. O vírus continuou e continua circulando, e a pandemia segue em curso - foram 349 mortes no Brasil na semana epidemiológica número 47 de 2023, a semana anterior à redação deste parágrafo, em dezembro (Brasil, 2023). Mas, como afirmado anteriormente, dito assim não é possível vislumbrar quem são essas pessoas que continuam morrendo de uma pandemia que, na prática, já chegou ao fim por meio de uma intervenção terapêutica semiótica, uma *cura simbólica coletiva*.

Argumentei também sobre o casuísmo do argumento de defesa da ciência, instrumentalizado para a efetivação de determinados interesses políticos e econômicos. Tal posição descarta seletivamente a produção científica politicamente incômoda, e que desafia o estatuto de realidade das asserções das disciplinas com prerrogativas sobre as definições ontológicas do mundo. O casuísmo também demonstra as cooperações, compromissos e alianças estabelecidos com os grandes interesses econômicos por determinados indivíduos, setores e disciplinas dos chamados saberes científicos, que, simultaneamente, advogam a neutralidade de suas análises e pareceres. Essa neutralidade se estende ao neoliberalismo e às lógicas econômicas e de exploração, tidas como *naturais*, dados da realidade, propriedades do mundo: o neoliberalismo não é, assim, ideológico, à maneira da

ciência. São da ordem do mundo. A ascensão de um positivismo acrítico enquanto pólo opositor ao negacionismo foi sustentada pela lógica neoliberal, ao mesmo tempo que a sustentou, e representou oposição meramente estética à extrema-direita no poder, capitaneada no Brasil por Jair Bolsonaro.

Veremos, no próximo capítulo, exemplos etnográficos de que a invisibilização das populações migrantes, em especial das racializadas, por meio da recusa do Estado em levantar dados sobre o impacto da pandemia sobre esses grupos serviu ao propósito de equivaler as denúncias de violação de direitos a experiências alucinatórias, a exemplo do argumento deste capítulo. Refletindo sobre a teoria das alucinações, apresento o desenrolar das reaberturas econômicas e os artifícios retóricos e semióticos utilizados para qualificar percepções politicamente incômodas enquanto individuais, descontinuadas do mundo imanente e experimentações psicóticas da realidade unívoca do mundo. A definição de realidade, referendada por determinados campos do saber científico, está mais atrelada à indexação de poder de quem a postula do que à aferição da existência concreta dos estímulos externos em espaços objetivos e concretos percebidos pela cognição. Depois, procuro demonstrar como a recusa do Estado em coletar, agregar e divulgar dados sobre o número de migrantes infectados e mortos pela Covid-19 participava desse mecanismo de desconsideração de demandas políticas, tornando os fatos que fundamentam a existência da demanda alucinados. Mais do que o aforismo “se não há dados, não há problema a ser resolvido”, argumento que a demanda é desconsiderada por uma desqualificação feita a priori que inverte a ordem da operação: o problema não existe *para que* não existam dados a serem coletados.

Capítulo 2 - Alucinando uma pandemia: o privilégio do apagamento, e a primazia sobre a realidade

Em primeiro de julho de 2020, o estado de São Paulo, Brasil, ultrapassou as 15 mil mortes por Covid-19 - número tornado irrisório diante das 181 mil mortes registradas no estado ao longo de toda a pandemia (Seade, 2023). Àquele dia, São Paulo totalizava 289.935 casos confirmados da doença, catapultados para quase 7 milhões em 2023 (Id. Ibid.). O governador João Doria - que até então vocalizava defesas apaixonadas da ciência e das “orientações da Organização Mundial de Saúde”, antagonizando o presidente brasileiro, Jair Bolsonaro, notório sabotador dos esforços para conter o avanço da pandemia - convocou uma coletiva de imprensa para anunciar que São Paulo atingira o chamado platô, o que indicava uma estabilidade de casos e de mortes. O anúncio das mortes significava que centenas de vidas haviam sido, na *realidade*, poupadas em decorrência das medidas adotadas pelo governo estadual, e que o estado estava pronto para uma “quarentena heterogênea” e “inteligente”. O plano, denominado de Plano São Paulo, dividia as regiões do estado em cores que gradavam entre o azul (normal controlado) e o vermelho (alerta máximo), orientando uma reabertura da economia que, entretanto, “não era uma flexibilização”¹⁷ da quarentena, nas palavras de João Doria. Ao final, o governador disse que não queria ser “nem otimista e nem pessimista”, mas “*realista*”: estava, ali, exposta a realidade despida de qualquer crença matizante que a pudesse enviesar; a natureza em si mesma.

Simultaneamente, reportagens jornalísticas sobre uma condição psicológica denominada Síndrome da Cabana, descrita como um medo *irracional* de sair de casa e de conviver com outras pessoas, preencheram paulatinamente os noticiários. A condição, descrita pela primeira vez no início do século XX, ganhou relevo

¹⁷ “What you're seeing and what you're reading is not what's happening.” Donald Trump, 25 de julho de 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/news/av/world-us-canada-44959340>>. Acesso em 06/12/2023.

novamente enquanto descrição do sofrimento psicológico relativo ao caráter ansiogênico do isolamento forçado em decorrência da pandemia ligado aos planos de reabertura colocados em moção no Brasil a partir de junho e julho de 2020. Atualizada, a síndrome ganhou o nome de FOGO - *Fear of Going Out* -, e passou a referir-se à resposta emocional desproporcional que determinadas pessoas apresentavam diante das reaberturas da economia pós-quarentena.

Este capítulo tem três objetivos. O primeiro é delinear os fenômenos tidos como alucinatórios, apresentando a forma como a definição do que chamo de mundo-em-si, externo ao indivíduo e alheio às simbolizações que se lhe podem atribuir, constitui-se como uma disputa pela própria substância da realidade. Assim, argumento que a imanência da realidade é ela mesma constante objeto de disputa política. A construção de um mundo comum compartilhado, nos termos de Ferdinand (2022), é eminentemente assimétrica e envolve a centralização do poder da tessitura da realidade - sinônimo, em determinada medida, de natureza - por determinados agentes privilegiados, como aqueles vinculados ao Estado - *oficiais*, como nas palavras de Mwewa -, ao poder econômico e a determinadas disciplinas responsáveis pela construção do que se chama de saber científico, diametralmente oposto às lentes convexas das crenças, que enviesam o olhar sobre o mundo-em-si.

O segundo objetivo do capítulo é demonstrar parcialmente o argumento por meio da análise do fenômeno específico da gestão estatal da pandemia de Covid-19 no Brasil, descrevendo como o discurso pró-ciência, inicialmente utilizado para legitimar quarentenas restritivas por parte de governos municipais e estaduais - em guerra, à época, contra o negacionismo do governo federal brasileiro - passou paulatinamente a justificar as reaberturas e flexibilizações em supostos cenários de estabilidade no número de mortos e de novos casos. Esse movimento lançou vozes politicamente dissonantes a uma condição análoga à experimentação psicótica da realidade, tornando o medo causado pelo fim da quarentena alucinatório, ou seja, uma “percepção, enquanto em estado consciente, na ausência de um estímulo externo” que tem as qualidades de uma “percepção real”, ou seja, é “vívica, substancial e localizada em espaços externos objetivos” (Luhmann, 2011, p. 72, tradução livre). Essa experimentação da realidade é tomada como exemplo dessa disputa: se em um momento anterior da pandemia esse medo era tido como justificável e legítimo diante de um vírus potencialmente mortal e altamente contagioso, sendo incentivado por agentes estatais e supra-estatais, além de

membros da comunidade científica (Pakpour & Griffiths, 2020; Harper et al, 2020) como fator desejável de proteção individual e controle coletivo da pandemia, ele passa a ser uma experimentação psicológica protopatológica (e, assim, eminentemente individual, biológica e politicamente neutra), pois que o estímulo externo está, sob essa perspectiva, ausente no mundo real unívoco - *não há razão para ter medo*.

O terceiro objetivo é demonstrar como esse mecanismo operou durante a pandemia de Covid-19 por meio das experiências de interlocução entre ativistas migrantes e brasileiros pelo direito à saúde dos migrantes com agentes do Estado. Nessa última parte do capítulo, analiso como o Estado, provocado a se posicionar diante das demandas de grupos de migrantes e organizações da sociedade civil para a identificação das nacionalidades das pessoas atendidas no SUS nas bases de dados durante a pandemia, atua, primeiramente, para reificar a noção de migrante enquanto risco epidemiológico, além de sujeito privilegiado por poder acessar um sistema de saúde público e gratuito - ainda que não o acesse -, argumentando que não haveria quaisquer elementos que justificassem a coleta de dados que pudessem mapear o impacto da pandemia sobre essas comunidades. Essa análise se dá por meio de três interlocuções específicas com o Estado ligadas à campanha “Nacionalidade no SUS”, conduzida pela Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados: uma carta enviada ao Ministério da Saúde, e uma ação judicial movida pela Defensoria Pública da União que motivou resposta da Procuradoria Geral do Município de São Paulo, e uma sentença de um juiz federal nesse mesmo processo. Assim, as requisições para a identificação da nacionalidade nos formulários de coleta de dados da pandemia constituem-se enquanto o esforço para tornar os impactos da Covid-19 sobre as populações migrantes visíveis, partes do mundo comum e da realidade, ou não-alucinações: uma tentativa de produção de uma *política antiporão*.

Alucinação: a construção do real e do mundo-em-si

Se as causas de fenômenos alucinatórios são, desde perspectivas neurológicas, psiquiátricas ou psicológicas, múltiplas e variadas, alucinações são descritas como “a percepção de um objeto ou evento (por qualquer um dos cinco

sentidos) na ausência de um estímulo externo” (Teepie et al, 2009, p. 26, tradução livre). O estímulo externo – i.e., localizado em um mundo que está inequivocamente fora da unidade biológica individual - é, portanto, pedra angular para a definição do que é ou não um fenômeno alucinatorio: uma ilusão, por exemplo, diferencia-se de uma alucinação precisamente por este fator, uma vez que, de acordo com a literatura psiquiátrica, uma ilusão é “uma percepção *real* (...) *distorcida* de alguma forma” (Chiu, 1989, p. 292, tradução livre, grifos meus). A existência de fenômenos considerados alucinatorios requer a existência de uma realidade objetiva e factual. Assim, um mundo externo ao indivíduo que existe independente do que se lhe agrega simbolicamente - neutro, portanto, à camada acessória de significados que lhe são atribuídos - é requisito para que alucinações existam como fenômeno de percepção descontinuada dos ícones imanentes de realidade fornecidos pelo mundo, apreendidos pela captação sensorial disponibilizada pelo corpo e interpretados e traduzidos pelo aparato biológico neural. Duas naturezas, uma interna e outra externa (Descola, 2011), concorrem, portanto, para a percepção, a cognição e a experimentação do mundo-em-si, significado em um momento posterior de acordo com um arcabouço simbólico acessório que em nada lhe afeta a realidade.

A alucinação não reserva qualquer diferença de nível sensorial com a experimentação da realidade - o que possibilita a determinada corrente da neurociência, inclusive, argumentar que a própria realidade consciente é subproduto de processos alucinatorios (YOUR conscious..., 2017). O traço diacrítico, portanto, das experiências tidas como reais seria a corroboração da percepção por meio de marcadores externos à unidade perceptiva¹⁸ que existem em si mesmos, de maneira independente e desconectados da percepção: perceber, no sentido de interpretar os ícones comunicativos enviados pelo mundo-em-si que permitem sua significação, não funda a realidade, apenas a registra. A camada simbólica aplicada sobre a realidade não altera suas propriedades: há uma dimensão transcendente aos fenômenos do mundo-em-si que lhe garante a existência ainda que não haja ninguém para significá-la ou aplicar-lhe contexto. Assim, a teoria das alucinações pretende resolver o paradoxo filosófico de Berkeley, uma vez que se uma árvore cai no meio de uma floresta sem que ninguém ouça o som de sua queda, este fato

¹⁸Chamo de unidade perceptiva o compósito a que se referem a medicina e a psicologia, além das disciplinas contíguas, quando falam de cérebros, sistemas nervosos e mentes (ou psiquês).

continua existindo, pois a realidade imanente da queda da árvore dispensa a necessidade de percepção de outrem sobre o fenômeno. O que pensamos sobre esse fato é irrelevante diante da realidade, imune aos significados - no limite, todos equivocados - que poderíamos lhe atribuir. O mundo externo funda a realidade, ao passo que o mundo interno a confunde por poluí-la ou por interpretá-la, algo que (quase) sempre fará de maneira equivocada. Por outro lado, ver e ouvir uma árvore caindo sem que ela, enquanto mundo-em-si irredutível a si mesma, esteja *de fato* caindo - ou sem que sequer exista uma árvore factual, ontológica - não pode ser nada além de uma alucinação.

A divisão entre interno e externo é importante para este debate, como vimos. Como argumentou Luhmann (2011), definir se a fonte da experiência é interna (*of the self*) ou externa (*not of the self*) é crucial para a definição do que é ou não uma alucinação. Caso a fonte da percepção seja interna às “mentes” e aos “cérebros”, ou seja, não compartilhada, produtora de um mundo eminentemente individual e descontinuado do mundo comum, ela será mais facilmente categorizável enquanto um fenômeno alucinatório: “está só na sua cabeça”, ou “é só você que vê” (Branco-Pereira, 2013). Entretanto, definir se um fenômeno sensorialmente ativado por um estímulo tido enquanto externo está, *de fato*, “lá”, em um espaço externo objetivo (Chiu, 1989; Luhmann, 2011), é uma tarefa que requer árbitros externos aos cérebros e às mentes individuais - é, portanto, da esfera da construção de um mundo compartilhado. Tal mundo não existe previamente à sua construção, como argumentou Latour (2010, 2011a, 2011b, 2014), uma vez que essa realidade é sempre alucinatória: se não há diferenças substanciais entre as percepções alucinatórias e as reais que não a existência do estímulo externo em um espaço concreto e objetivo, é preciso aferir tal existência *fora do indivíduo*, e a realidade é, então, da esfera da construção comum. Dessa forma, assimetrias de poder são decisivas para a definição coletiva *do que será considerado um fenômeno real*, concreto, *oficial*, e quais interpretações são mais próximas da realidade politicamente neutra desses fenômenos. Mais ainda, este é um dos mecanismos de criação de porões e de alocação de perspectivas politicamente incômodas fora-do-mundo.

Stengers argumenta que os físicos, responsáveis por definir a realidade como objetiva e transcendente às ficções humanas, igualavam os ataques a seu campo de conhecimento com ataques à própria racionalidade. Sob essa perspectiva, ou se

estava de acordo ao que apresentavam enquanto realidade (física), ou se estaria não apenas contra os físicos, mas contra a própria razão (2005, pp. 183-184). A definição da realidade a partir da elaboração de uma natureza externa, irreduzível a si mesma e alheia aos significados que se lhe atribuem é um fenômeno cotidiano, e seu questionamento produz tensões e expõe assimetrias de poder, realçando que existem posições privilegiadas de definição do que é ou não real, e, assim, sobre quais mundos existem ou não, o que é *razoável* e *racional*, o que são fatos e o que são versões, quais informações serão levadas a sério ou não, quais demandas serão atendidas ou não.

Assim, conforme formulado por Bunzl ao tecer comentários sobre Franz Boas (1996), a divisão marcada entre um mundo natural unívoco, cuja análise é da alçada das ciências formuladoras de leis gerais (*law-giving sciences*), e uma infinidade de mundos particulares produzidos a partir da *natureza* multissimbólica (ou multicultural [Branco-Pereira, 2022]) da humanidade define o que será universal, e o que será situado e contextual, com leis aplicáveis apenas a uma sorte limitada de eventos reduzidos a meras variações de uma base que os transcendem em escala e complexidade. Alucinações e realidade – ou mundos particulares *versus* mundo universal e unívoco - são apenas diferenciáveis por determinantes outros que via de regra remetem a assimetrias de poder e à centralização da possibilidade de tessitura do real.

“O meu delírio é a experiência com coisas reais”¹⁹

A Síndrome da Cabana é uma condição psicológica que remete ao medo desproporcional de sair de casa. A condição, descrita pela primeira vez no início do século XX, ganhou relevo novamente enquanto descrição do sofrimento psicológico (e potencialmente psiquiátrico, em uma divisão entre distúrbios de dimensão simbólica e aqueles de origem biológica, mais *reais*) relativo ao caráter ansiogênico dos planos de reabertura colocados em moção no Brasil a partir de junho e julho de 2020 após meses de restrições à mobilidade e de fechamento de serviços considerados não essenciais.

As disputas sobre as melhores formas de gerenciamento da pandemia já vinham ocorrendo desde os primeiros casos registrados no Brasil: de um lado, o

¹⁹Trecho da letra da canção “Alucinação”, lançada em 1976 por Belchior em álbum homônimo.

governo federal e, em especial, o presidente da República, Jair Bolsonaro, combatia as diretrizes de isolamento social preconizadas pela OMS como únicas formas de proteção contra o vírus, minava a aplicação de medidas de restrição de mobilidade e de aglomerações e qualificava a doença como uma “gripezinha”, além de utilizar termos como “histeria” e “fantasia” para se referir às reações à pandemia (Gripezinha..., 2020)²⁰; de outro, autoridades de estados e municípios corroboravam e legitimavam a instituição de quarentenas restritivas declarando que continuariam a adotar medidas baseadas no que afirmava a ciência (Turtelli, 2020). O governador de São Paulo, estado com maior número de casos e de mortes no país, afirmou que o conflito com o governo federal “não era apenas político”, mas justificava-se pois Bolsonaro era “um antagonista da ciência e da medicina” (Cotrim e Silva, 2020) - ou seja, um conflito suprapolítico, sobre o que está além da política -, e afirmou peremptoriamente que

“a decisão [de renovar a quarentena no estado] foi amparada pelo Grupo de Contingência da Covid-19, pelos especialistas que nos orientam. **Aqui nós não brigamos com a ciência**, e a orientação da ciência foi para prorrogar a quarentena”,. (Aqui..., 2020)

Ao fim, disse, que não tomava decisões “baseadas na ideologia” para dissipar quaisquer dúvidas que restassem sobre a tecnicidade de suas intenções, neutras politicamente e comprometidas com a apreensão dos fatos despida de emoções e crenças enviesantes.

Gradualmente, entretanto, a defesa intransigente da ciência conjugada à refutação das “decisões baseadas na ideologia” foi acomodando demandas pela reabertura do comércio de rua, shoppings, academias e outros serviços considerados não essenciais - decisões alegadamente técnicas, baseadas em “evidências” e, portanto, “não-ideológicas” - como o é, sob essa perspectiva, o neoliberalismo. A quarentena, cujo pilar de fundamentação lógica era o isolamento de pessoas saudáveis para que estas não servissem de vetor de transmissão do vírus e, em decorrência disso, houvesse sobrecarga do sistema de saúde, foi ganhando nuances e gradações capazes de dialogar com determinadas métricas

²⁰ Não sem propósito, histeria e fantasia são terminologias profundamente ligadas aos saberes relacionados à saúde mental (ou saberes psi) - árbitros responsáveis pela avaliação do status de realidade de diversas sortes de categorias da experiência humana - para descrever diferentes níveis de dissociação em relação à realidade - dos fatos, das emoções, dos comportamentos e dos saberes.

que pudessem corroborar as flexibilizações propostas: a taxa de ocupação dos leitos de UTI; as novas formas de monitoramento epidemiológico da pandemia, como a chamada média móvel de novos casos e de novas mortes; o suposto atraso na comunicação de determinadas mortes pela demora na entrega de resultados de testes; e, ainda, a justificativa de que os aumentos dos casos e mortes estavam associados a um aumento da capacidade de testagem, e não a um aumento da transmissibilidade da doença.

Em alguns casos, a substituição das autoridades públicas de saúde por aquelas responsáveis pela gestão da política econômica em entrevistas coletivas e em processos de tomada de decisão tornou-se frequente, como no caso das coletivas de imprensa do governo do estado de São Paulo. A reabertura proposta era vendida como aquela que seguia “todos os protocolos de segurança” e se dava em razão de uma estabilização da doença verificável em indicadores estatísticos que eram aferidores, sob essa perspectiva, da *realidade* da pandemia. Aqui, é preciso frisar que o Estado funcionava de modo coordenado com o capital e sob pressão da hegemonia neoliberal. As oposições políticas, meramente estéticas, instrumentalizam uma ideia de amparo científico igualmente estético e seletivo, selecionando aspectos a serem enfatizados em detrimento de outros, a serem suprimidos, como forma de corroborar a implementação de uma visão política sobre como a pandemia deveria ser gerida.

Assim, diante de uma estabilidade que cronificava a perda diária de, em alguns momentos, quatro mil vidas no país, tornou-se comum associar a crítica aos planos de reabertura econômica e de retorno ao trabalho presencial daqueles que puderam deixar de trabalhar presencialmente em algum momento da pandemia a uma reação psicológica que não se ancorava nos índices de imanência da realidade. Os detratores dos planos de reabertura e defensores da quarentena viam-se repentinamente descontinuados da concretude de números que, supostamente, retratavam um mundo incapaz de ancorar o medo pelos efeitos da pandemia. Era, nas palavras de Kohn, o pensamento simbólico “correndo solto”, criando mentes “radicalmente separadas da base indexical que seus corpos poderiam fornecer” (2013, p. 49, tradução livre). O que ocorria, na verdade, era uma profunda assimetria de poder entre aqueles e aquelas que estavam sendo lançados ao mar, e aqueles que lucravam com a tempestade. Essa configuração travestia-se, no entanto, de defesa desapaixonada de critérios técnicos e científicos, e não enquanto posição

política.

Longe de ser uma experiência restrita às classes mais altas, em junho de 2020 quem sentia mais medo da Covid-19 eram os mais pobres: 51% entre os mais pobres disseram ter muito medo de contrair a doença, ante 36% entre os mais ricos (Amâncio, 2020)²¹. A experimentação do medo torna-se uma elaboração alucinatória diante de um mundo em que tal medo não resistia ao teste empírico: caso os defensores da quarentena fossem menos “pessimistas” e mais “realistas”, caso se despissem das lentes matizantes das crenças de maneira a enxergar a realidade como ela, de fato, era, e não como acreditam ou gostariam que fosse, eles perceberiam a realidade “para além de nossas meras ficções humanas” (Stengers, 2005, p. 185, tradução livre). O polo privilegiado de definição do real e do mundo comum possível estava, assim, nas mãos do Estado e do capital, enquanto metáfora obviada em João Doria, prócer do neoliberalismo tupiniquim, amparado no conhecimento científico tido como axiologicamente neutro e imaginado como desimplicado das lutas ideológicas mundanas da política e dos interesses econômicos.

A maneira como são descritas as pessoas acometidas pela Síndrome da Cabana é exemplar dessa asserção. Em uma das primeiras matérias jornalísticas sobre o tema no Brasil, publicada ainda em maio, a manchete diz “entenda porque há quem *não queira* o fim do isolamento”, alocando essa posição na esfera do desejo pessoal (Nardelli, 2020). A reportagem prossegue dizendo que, a despeito de o isolamento ter causado sofrimento nos primeiros dias, ele passou a ser prazeroso. Uma personagem imaginada fala: “para que sair se posso fazer compras, trabalhar, treinar e até mesmo me divertir dentro de casa, num ambiente acolhedor e livre de riscos?” como exercício retórico ilustrativo dos questionamentos de quem *deseja* ficar em casa mesmo “ao fim da pandemia”. Além disso, mobiliza exemplos que possuem recorte de classe, racial e de gênero. Por fim, diagnostica que “se você faz parte desse time que sente calafrios só de imaginar o retorno para a civilização pós-pandemia, talvez seja mais uma das vítimas da síndrome da cabana”, aludindo a uma “civilização pós-pandemia” que, em teoria, já existia. Especialistas ouvidos confirmam a existência da síndrome - aferidores externos da realidade da condição e da inexistência de indicadores que aterrassem o medo na realidade -, e um

²¹ No pior momento da pandemia, o primeiro semestre de 2021, reportavam sentir muito medo de contrair o vírus 82% daqueles mais pobres, ante 69% dos mais ricos (Pinho, 2021).

psiquiatra lista os sintomas: falta de motivação e ânimo, alteração de humor, perda de memória e concentração, sensação de frustração e impotência, alteração do sono, distúrbio alimentar e ansiedade - todos sintomas comuns durante a pandemia -, ressaltando que pessoas introvertidas seriam mais suscetíveis a adquirir a condição.

A Empresa Brasil de Comunicação (EBC), agência de notícias ligada ao governo federal, também veiculou reportagem sobre o tema por três vezes. Na primeira, em junho de 2020 (Coronavírus..., 2020), dizia que a síndrome pode causar medo de voltar à rotina “mesmo usando proteção”. Na segunda, em julho (Síndrome..., 2020), a neuropsicóloga ouvida pela reportagem afirmava que, após um longo período de isolamento, “o cérebro passa a entender que só em casa estamos seguros”, embora reconheça que “o medo” dessas pessoas “é real” - dizer que o medo é real não significa, entretanto, que suas causas o são, ou seja, que há o estímulo externo aferível capaz de desencadear tal medo, e essa é uma forma de neutralizar politicamente a questão, já que a *causa que justifica o medo passa a ser alucinatória*. A terceira, também em julho (Vitor, 2020), afirma que “o distúrbio ocorre quando a pessoa percebe que ficar em casa é mais vantajoso que sair”²². Assim, com a pandemia ainda em curso, a síndrome tornava-se artifício de dissimulação de pessoas que, forçadas ao retorno à rotina de trabalho e ao uso do transporte público, por exemplo, na realidade sentiam *prazer* no isolamento e, por isso, resistiam à reabertura. A máquina estatal, “amparada na ciência” - inclusive naquela de profissionais, como psicólogos e psiquiatras, que referendavam a imanência da condição chamada de Síndrome da Cabana, inscrita *no cérebro* das pessoas por ela acometidas (e não há imanência maior no campo da saúde mental do que as neurosinapses) - e no capital, afirmava que a reabertura era segura sob determinados protocolos e, portanto, não havia motivo *real* para resistir a ela ou dizer que ela era nada além de segura.

A crença na irrefutabilidade da ciência enquanto descritora da realidade unívoca do mundo-em-si materializada nos efeitos potencialmente inegáveis da pandemia também embasou os argumentos dos defensores das medidas de

²² A distância conferida pelo tempo permite que algumas informações sejam adicionadas, como o temor público, por parte do mercado imobiliário de diversos países, de que o trabalho remoto represente um prejuízo - para esta indústria - de US\$ 800 bilhões de dólares até 2030 (Mischke et al., 2023). A despeito das previsões sempre catastróficas para o mercado, os alugueis no Brasil aumentaram em média 13,26% até outubro de 2023, acima da inflação do período, que girou em torno de 5% (Bretas e Castro, 2023).

isolamento social mais restritivas. O biólogo Atila Iamarino (2020b), que ganhou grande notoriedade durante a pandemia, afirmou que “o problema pra quem tenta *negar a realidade* com a COVID-19 é que ela avança rápido e tem muito país passando pelo problema, além de muito estudo” (ênfase minha). Em outro momento, enquanto sendo entrevistado no programa Roda Viva (Iamarino, 2020b), da TV Cultura, o biólogo comparou o fenômeno do negacionismo, que classificou como sendo da ordem da narrativa - i.e., da dimensão simbólica acessória à realidade - nos casos específicos do aquecimento global e da pandemia de Covid-19: enquanto a confrontação da narrativa negacionista do aquecimento global com a realidade, capaz de negar a negação, poderia demorar décadas, aquela relativa à pandemia dar-se-ia em poucas semanas. Atila vaticina: “quem está negando agora, eu só tenho que sentar e esperar”²³. Nunca, portanto, havíamos visto “uma narrativa sendo confrontada tão rápido com a realidade”, que, de tão real, não está sujeita a elucubrações de ordem simbólica, pois é imanente em si mesma e independe de significação para existir. Também aqui se delineia um outro pólo privilegiado de produção da realidade, pois a biologia insere-se, dessa forma, em uma dimensão supranarrativa semelhante à física na descrição de Stengers (2005).

Dessa forma, a doença se torna real na mesma medida que seus efeitos são da ordem do mundo-em-si, e imune a narrativas. O que Löwy (2006) descreve como o ato de tornar o invisível, em casos de patógenos microscópicos, visível passa por tornar seus efeitos visíveis em descrições acima das narrativas ficcionais das crenças “negacionistas”, “acientíficas” e pré ou extramodernas. Assim, as métricas da pandemia e os esforços de construção de indicadores capazes de tornar seus efeitos visíveis por meio de taxas de transmissibilidade e letalidade, de médias móveis e de boletins epidemiológicos de toda sorte são tentativas de estabelecimento de uma realidade *objetiva*, não alucinatória, ainda que, no limite, a informação seja, por excelência, incompleta (Caduff, 2014).

Os efeitos invisíveis, impreenchíveis pelas informações disponíveis - uma falta de informações que pode ser intencionalmente produzida, como veremos mais à frente -, são, portanto, **menos reais e mais alucinatórios**, e tornar determinadas métricas índices de realidade acaba por conceder o poder sobre quais realidades

²³ 711 mil mortes, uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito e vários indiciamentos depois, ninguém da administração pública federal foi legalmente responsabilizado em razão da postura ativa de boicote às medidas sanitárias, ou pela letargia da União em agir diante de crises como a que ocorreu em Manaus em janeiro de 2021.

existem ou não ao Estado, ao capital e a determinadas correntes internas a algumas disciplinas dos saberes científicos beneficiadas pelas assimetrias de poder, comprometidas com esses projetos políticos e econômicos, e ligadas à construção da noção de um mundo-em-si invariável, universal, externo e imune aos processos de simbolização que se lhe aplicam. A invisibilização de contágios e mortes de determinados grupos leva a concretude deste fato à esfera das realidades produzidas enquanto narrativas: não são, portanto, *reais* - e isso encontra paralelo em uma miríade de outros fenômenos relacionados a grupos socialmente marginalizados, como o racismo, a violência policial e a mensuração do impacto da pandemia sobre as populações migrantes.

Breve contextualização sobre o SUS

A construção do Sistema Único de Saúde se iniciou durante a década de 1970, ainda durante a ditadura militar brasileira. Durante esse período de elevada tensão social e de aumento vertiginoso da concentração de renda e da desigualdade social, a oferta de serviços sociais básicos concentrava-se nos municípios, enquanto o sistema de saúde hospitalar era de responsabilidade exclusiva do governo federal (Santos, 2018). Naquela época, o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde eram coordenados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), posteriormente renomeado como Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). O direito de acesso à saúde pública estava vinculado a estar empregado na economia formal, contribuindo para a previdência social mediante o recolhimento de impostos.

A articulação entre a academia - departamentos de medicina preventiva e social, escolas de saúde pública, programas de pós-graduação em saúde comunitária de diferentes centros de pesquisa e ensino -, o movimento estudantil, o movimento médico - Movimento dos Médicos Residentes e Movimento de Renovação Médica (REME) -, e projetos institucionais ligados ou não ao poder público - o Projeto Montes Claros e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste -, possibilitou a estruturação do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) (Escorel, 1998; Escorel et al. 2005).

O MRSB se mobilizou inicialmente diante da crise observada no Sistema Nacional de Saúde brasileiro, materializada na baixa eficácia da assistência médica,

nos altos custos do modelo médico-hospitalar e na baixa cobertura dos serviços de saúde (Arouca, 1988). Tal crise acompanhava a falência do modelo de crescimento econômico da ditadura militar, apelidado de “milagre econômico”, além da crise do capitalismo mundial a partir do início da década de 1970. Ademais, a própria ditadura militar começava a sofrer abalos: em 1974, o MDB, partido que congregava a oposição consentida ao regime militar, vence as eleições para o Senado Federal, obtendo 16 cadeiras entre as 22 em disputa, naquele que é considerado o início da lenta derrocada do regime ditatorial e do processo de reabertura política tutelada do Brasil.

O acesso à saúde pública nessa época era restrito a trabalhadores que possuíam registro profissional formal. Como dito acima, apenas cidadãos que contribuíssem com a Previdência Social teriam direito de acessar serviços públicos de saúde, que se restringiam ao serviço de assistência médica-hospitalar administrado de maneira centralizada pelo governo federal. Dessa forma, grandes centros urbanos tornavam-se privilegiados para receber estruturas hospitalares em detrimento dos municípios menores. Alguns municípios, como Campinas, São Paulo, Montes Claros, Londrina e Niterói organizaram sistemas locais de saúde com o objetivo de estender a cobertura de ações de saúde nas periferias urbanas, além de integrar as ações de atenção primária à saúde às tomadas pelos níveis de atenção de média e alta complexidade (Fausto e Matta, 2007).

Vários desses municípios acumulavam experiências de atenção em saúde balizadas pelo que viriam a ser os três pilares paradigmáticos do SUS: a integralidade, que prevê que todas as dimensões do cuidado em saúde devem ser endereçadas, o que inclui buscar mitigar situações de vulnerabilidade social e prover acesso à assistência social; a universalidade, que prevê que todas as pessoas têm direito ao cuidado em saúde independente de possuírem ou não documentos, de estarem ou não em dia com suas obrigações fiscais, tributárias ou de outra ordem, e de qualquer outra situação que possa causar discriminação; e a equidade, que prevê que é preciso garantir tais direitos observando de maneira diligente suas particularidades sociais, econômicas e culturais - considerar, portanto, as pessoas iguais, mas em suas diferenças, provendo cuidado em saúde diferenciado na medida em que diferenças sociais, econômicas, culturais e assimetrias de poder estão colocadas.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília, estabeleceu as balizas para o que viria a ser o SUS. Seu relatório final apontou consenso na formação de um Sistema Único de Saúde, separado da previdência social. Além disso, sublinhou a necessidade de participação popular, através de entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão e na avaliação do sistema. Também recomendou a adoção de um conceito mais abrangente de saúde, descrita no relatório final como uma resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde.

Os delegados da 8ª CNS atribuíram ao Estado o dever de garantir condições dignas de vida e de acesso universal à saúde, e apontaram a necessidade de integrar a política de saúde às demais políticas econômicas e sociais. Por fim, foi discutido o papel do setor privado na saúde. A resolução aprovada estabelecia um sistema exclusivamente público, com o setor privado subordinado às normas do SUS, assim como está estabelecido hoje. Como resultado da Conferência, uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) foi instituída em agosto de 1986 no Congresso Nacional, cujos trabalhos conferiram estrutura técnica às resoluções aprovadas pela CNS, e, em 1988, a inclusão da criação do SUS foi aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte.

O SUS é o maior sistema de saúde pública do mundo, cobrindo mais de 80% da população residente no território brasileiro (Castilla et al., 2009). Ele está organizado em três níveis administrativos. No nível primário, de responsabilidade dos municípios, oferece atenção básica em saúde, acompanhamento longitudinal de pacientes por meio de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) multidisciplinar baseada em uma abordagem territorial - famílias são cadastradas e acompanhadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência para o território onde residem, muitas vezes com visitas domiciliares periódicas -, ações não médicas de promoção e prevenção em saúde, como fitoterapia, yoga, acupuntura e Reiki, ações de educação em saúde, serviços odontológicos, além de referenciar casos mais graves para os outros níveis de cuidado em saúde. As UBSs funcionam no regime de “portas abertas”, o que significa que qualquer pessoa pode comparecer a uma unidade de saúde a qualquer momento para solicitar atendimento ou requisitar agendamentos de consulta. Também no nível primário estão localizados os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades básicas destinadas a fornecer

acompanhamento de saúde mental e práticas integrativas comunitárias (PICs). Casos não resolvidos ou não estabilizados nesse nível têm a garantia de continuidade do tratamento com internação e intervenção médico-hospitalar mais complexa por meio do encaminhamento ao nível secundário

No nível secundário, de responsabilidade administrativa compartilhada entre municípios e estados, concentram-se os casos de média complexidade. Esse nível é composto por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios, envolvendo atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia, entre outras especialidades médicas. Policlínicas, hospitais e centros de atendimento com equipamentos para exames mais avançados, como ecocardiogramas e endoscopias, também integram a média complexidade da atenção especializada. É onde são tratados, por exemplo, casos de febre alta (acima de 39° C), fraturas e cortes com pouco sangramento, infarto e derrame (atendimento inicial), queda com torção, dor intensa ou fratura, cólicas renais, falta de ar intensa, crises convulsivas, dores no peito, vômito constante, entre outros. Em casos em que há risco de morte, o atendimento emergencial é realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que possui também pequenos centros cirúrgicos e internação em enfermaria. Também está compreendido dentro do nível secundário o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou à morte. Os profissionais do SAMU atendem urgências e emergências de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, em residências, locais de trabalho e vias públicas. Casos não resolvidos ou não estabilizados neste nível têm a garantia de continuidade do tratamento com internação e intervenção médico-hospitalar mais complexa por meio do encaminhamento ao nível terciário.

O nível terciário, majoritariamente de responsabilidade dos governos estaduais e federal - embora existam, em municípios maiores, redes hospitalares municipais -, é responsável pelo acompanhamento e tratamento de casos de alta complexidade, desenvolvido em hospitais de grande porte, hospitais universitários e unidades de ensino e pesquisa, fornecendo leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e grandes centros cirúrgicos. Também oferecem atendimentos que demandam

tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco.

Passarei agora a discutir a campanha “Nacionalidade no SUS”, procurando demonstrar como a recusa, por parte do Estado, em produzir informações e dados sobre o impacto da pandemia de Covid-19 representou um esforço ativo de alocar as experiências de migrantes majoritariamente racializados na esfera do alucinatório.

A campanha “Nacionalidade no SUS”, e os fatos políticos incômodos como alucinações

O primeiro caso de Covid-19 foi registrado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020, e o primeiro registro de transmissão comunitária no país entre pessoas que não haviam viajado ao exterior ocorreu em 5 de março daquele ano. Alguns dias mais tarde, em 11 de março, a OMS afirmou que os contágios e mortes estavam fora de controle globalmente, e declarou o início da pandemia. Ainda no dia 11, o Distrito Federal tornou-se a primeira unidade federativa a estabelecer medidas para restrição da circulação de pessoas, seguido por São Paulo, em 16 de março, e Rio de Janeiro, no dia 17 do mesmo mês. Também no dia 17 de março foi registrada a primeira morte por Covid-19 no Brasil.

Em 31 de março de 2020, a OMS já apontava que o impacto da pandemia sobre migrantes merecia atenção especial em virtude de suas condições de abrigo e moradia e das dificuldades administrativas, financeiras, legais e linguísticas para acessar os sistemas de saúde (Kluge et al., 2020). No Brasil, e mais especificamente em São Paulo, o desconhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde (Martin et al., 2022), as dificuldades com a regularização migratória (Cavalcanti et al., 2020) e dificuldades de acesso a programas de proteção social e a itens básicos de subsistência (Branco-Pereira, 2020c) foram pontos sensíveis para migrantes durante as primeiras semanas de pandemia. Movimentos de ativistas pela garantia de direitos humanos às populações imigrantes foram articuladores de primeira hora, pautando a tradução de materiais informativos sobre a pandemia e o acesso à saúde e à assistência social, realizando ações de arrecadação e distribuição de alimentos e a coleta e divulgação de dados sobre a nacionalidade das pessoas contaminadas e mortas por Covid-19 de maneira a

possibilitar o mapeamento do impacto da pandemia sobre os diferentes grupos nacionais de migrantes residentes no país, iniciativa que será o objeto de análise a partir de agora.

Em 27 de março de 2020, a Coordenadoria de Políticas para Migrantes e Promoção do Trabalho Decente (CPMig-TD) instituiu o Grupo de Trabalho “Estratégias para a Integração Local da População Imigrante”, chamado também de GT Integração Local. O objetivo do GT era “reunir esforços e fortalecer a rede de garantia e proteção dos direitos dessa população”, como formulado pela coordenadora à época, Jennifer Alvarez. Compõem o GT membros do Poder Público municipal, órgãos estaduais e federais, como a Defensoria Pública da União (DPU), organizações internacionais, como a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), membros do Conselho Municipal dos Imigrantes de São Paulo (CMI-SP) e outras organizações e coletivos representantes da sociedade civil, entre eles a Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados - ou apenas Rede -, da qual eu integrava a coordenação colegiada.

Na segunda reunião do GT, ocorrida em 3 de abril, foi pautada a solicitação de um encontro entre Rede e CPMig-TD com objetivo de mapear a situação dos migrantes abrigados em centros de acolhida da cidade, além de discutir outros pontos de atenção, como, por exemplo, a aproximação com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), que não havia enviado representação para o primeiro encontro. Além disso, a falta de dados sobre migrantes e refugiados infectados com o SARS-CoV-2 ou mortos em decorrência da doença foi incluída enquanto ponto de pauta. A primeira reunião desse grupo especificamente destacado para discutir questões relativas à saúde ocorreu no dia 8 de abril, com a ausência da SMS-SP, algo que se repetiu em todas as reuniões subsequentes das quais participei. Nela, ficou acertado que a CPMig-TD realizaria a interlocução com as Secretarias de Saúde e de Assistência e Desenvolvimento Social de maneira a esclarecer quais estratégias seriam adotadas pela Prefeitura de São Paulo que garantissem a notificação dos casos de imigrantes e refugiados por suspeita, confirmação e/ou óbito por Covid-19, formalizado em troca de e-mails no dia 25 de abril. Em 30 de abril, a CPMig-TD respondeu ao email, sem, no entanto, responder a esse questionamento.

Antes de prosseguir, é preciso realizar uma pequena digressão. A notificação compulsória de Covid-19 foi estabelecida desde o momento em que a doença foi considerada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela OMS, em janeiro de 2020. O anexo II do Regulamento Sanitário Internacional prevê que eventos de potencial risco à saúde pública internacional devem ser notificados imediatamente às autoridades de saúde e à OMS (OMS, 2005). O Brasil decretou emergência sanitária em razão da Covid-19 em 4 de fevereiro de 2020, estabelecendo a notificação compulsória de casos da doença por meio da Portaria nº 1.792 do Ministério da Saúde, de 17 de julho (Brasil, 2020). Essa notificação se dava, na atenção primária, por meio da Ficha de Investigação de Síndrome Gripal Suspeita de Doença pelo Covid-19 (Ficha SG), lançada no sistema e-SUS-notifica. Nessa ficha, constava a variável “estrangeiro”, que poderia ser marcada com as opções SIM ou NÃO. Após a marcação SIM, ela autorizava a marcação da variável “País de Origem”, que, no entanto, foi substituída posteriormente por “País onde esteve nos últimos 14 dias”, como conta o sanitarista James Berson Lalane:

“Na atenção básica, a gente usava a ficha que tá no e-SUS, né? Na ficha do e-SUS, tem duas variáveis: estrangeiro e país de origem, mas país de origem eles tiraram da ficha do e-SUS, e colocaram ‘país que a pessoa esteve durante os últimos 14 dias’. Aí isso que acontece na atenção básica. E outra coisa que acontece também nessa ficha de e-SUS, quando a pessoa insere o CPF, imediatamente o campo de estrangeiro, o sistema bloqueava o campo de estrangeiro”. James Lalane, comunicação pessoal, 22 de novembro de 2023.



FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SG SUSPEITO DE DOENÇA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19 (B34.2)

Definição de caso: Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos.

Em crianças: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em idosos: deve-se considerar também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência.

Observação: Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia) podem estar presentes.

UF de notificação: **Município de Notificação:**

IDENTIFICAÇÃO	Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Estrangeiro: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Profissional de saúde (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Profissional de segurança (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	CBO: <input type="text"/>				CPF: <input type="text"/>			
	CNS: <input type="text"/>							
	Nome Completo: <input type="text"/>							
	Nome Completo da Mãe: <input type="text"/>							
	Data de nascimento: <input type="text"/>				País de origem: <input type="text"/>			
	Sexo: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Raça/COR: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena - Etnia: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ignorado				Passaporte: <input type="text"/>	
	CEP: <input type="text"/>							
	Estado de residência: <input type="text"/>			Município de Residência: <input type="text"/>				
	Logradouro: <input type="text"/>				Número: <input type="text"/>		Bairro: <input type="text"/>	
Complemento: <input type="text"/>								
Telefone Celular: <input type="text"/>				Telefone de contato: <input type="text"/>				
Data da Notificação: <input type="text"/>				Data do início dos sintomas: <input type="text"/>				
DADOS CLÍNICOS EPIDEMIOLÓGICOS	Sintomas: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Assintomático <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Coriza <input type="checkbox"/> Dor de Cabeça <input type="checkbox"/> Distúrbios gustatórios <input type="checkbox"/> Distúrbios olfativos <input type="checkbox"/> Outros							
	Condições: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias crônicas descompensadas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5) <input type="checkbox"/> Imunossupressão <input type="checkbox"/> Portador de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade imunológica <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas crônicas <input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)							
	Estado do Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Solicitado <input type="checkbox"/> Coletado <input type="checkbox"/> Concluído <input type="checkbox"/> Exame Não Solicitado		Data da Coleta do Teste: <input type="text"/>		Tipo de Teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> RT – PCR <input type="checkbox"/> Teste rápido – anticorpo <input type="checkbox"/> Teste rápido – antígeno <input type="checkbox"/> Enzimaimunoensaio-ELISA <input type="checkbox"/> Eletroquimioluminescência- ECLIA <input type="checkbox"/> Quimioluminescência- CLIA		Resultado do teste: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Inconclusivo OU Indeterminado	
	Classificação final: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico Imagem <input type="checkbox"/> Confirmado Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/> Confirmado Por Critério Clínico <input type="checkbox"/> Confirmado Laboratorial <input type="checkbox"/> Síndrome Gripal Não Especificada				Evolução do caso: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Cancelado <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Em tratamento domiciliar <input type="checkbox"/> Cura <input type="checkbox"/> Internado em UTI			
	Data de encerramento: <input type="text"/>							
Informações complementares e observações								

Imagem 5: Modelo de Ficha de Investigação de Síndrome Gripal Suspeito de Doença pelo Covid-19 (Ficha SG) - 25 de agosto de 2020. Este modelo é reproduzido em softwares de computador, sendo a ficha impressa pouco utilizada.

Já os agravamentos e hospitalizações eram registrados pela Ficha de Registro Individual - Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizações (Ficha SRAG), lançados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Nessa ficha, não havia qualquer campo para lançamento da informação de que a pessoa atendida se tratava de um não-nacional, e todos eram lançados como brasileiros. O governo do estado de São Paulo distribuiu, em março de 2020, orientação sobre a notificação e registros de casos de Covid-19, definindo que todos os casos de síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave deveriam ser notificados por meio do SIVEP-Gripe, orientação reafirmada pelo governo federal em 2021 (Figueiredo, 2020; Brasil, 2021), o que fez com que todos os registros de casos suspeitos e confirmados fossem feitos por meio da Ficha SRAG, sem possibilidade de indicação de nacionalidade. Também é importante ressaltar que estados e municípios tinham relativa autonomia para adaptar os campos de preenchimento das fichas desde que mantivessem a coleta de alguns dados considerados obrigatórios - dados sobre o país de origem não estavam entre eles. Entretanto, mesmo que coletasse esses dados, o município não conseguiria lançá-los nos sistemas do Ministério da Saúde, não os agregando e impedindo sua utilização como forma de subsidiar a resposta à pandemia.

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL - CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE HOSPITALIZADO

CASO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO):

Indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O₂ < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação.

1	Data do preenchimento da ficha de notificação:	2	Data de 1 ^o s sintomas da SRAG:
3	UF:	4	Município:
		Código (IBGE):	
5	Unidade de Saúde:	Código (CNES):	
6 CPF do cidadão: _____			
7 Nome: _____			8 Sexo: <input type="checkbox"/> 1- Masc. 2- Fem. 9- Ign
9 Data de nascimento: _____		10 (ou) Idade: _____	11 Gestante: <input type="checkbox"/>
		1-Dia 2-Mês 3-Ano _____	1-1 ^o Trimestre 2-2 ^o Trimestre 3-3 ^o Trimestre
12 Raça/Cor: <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		4-Idade Gestacional Ignorada 5-Não	
13 Se indígena, qual etnia? _____		6-Não se aplica 9-Ignorado	
14 Escolaridade: <input type="checkbox"/> 0-Sem escolaridade/Analfabeto 1-Fundamental 1 ^o ciclo (1 ^a a 5 ^a série) 2-Fundamental 2 ^o ciclo (6 ^a a 9 ^a série)			
3-Médio (1 ^o ao 3 ^o ano) 4-Superior 5-Não se aplica 9-Ignorado			
15 Nome da mãe: _____			
16 CEP: _____			
17 UF: _____		18 Município:	Código (IBGE): _____
19 Bairro: _____		20 Logradouro (Rua, Avenida, etc.): _____	21 Nº: _____
22 Complemento (apto, casa, etc...): _____		23 (DDD) Telefone: _____	
24 Zona: <input type="checkbox"/> 1-Urbana 2-Rural 3-Periurbana 9-Ignorado		25 País: (se residente fora do Brasil) _____	
26 Paciente tem histórico de viagem internacional até 14 dias antes do início dos sintomas? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ign			
27 Se sim: Qual país? _____		28 Em qual local? _____	
29 Data da viagem: _____		30 Data do retorno: _____	
31 É caso proveniente de surto de SG que evoluiu para SRAG? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
32 Trata-se de caso nosocomial (infecção adquirida no hospital)? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
33 Paciente trabalha ou tem contato direto com aves ou suínos? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
34 Sinais e Sintomas: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório <input type="checkbox"/> Saturação O ₂ < 95% <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros _____			
35 Possui fatores de risco/comorbidades? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
Se sim, qual(is)? (Marcar X)			
<input type="checkbox"/> Puérpera (até 45 dias do parto)		<input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular Crônica	
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down		<input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica	
<input type="checkbox"/> Imunodeficiência/Imunodepressão		<input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica	
<input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Doença Hematológica Crônica	
		<input type="checkbox"/> Asma	
		<input type="checkbox"/> Outra Pneumopatia Crônica	
		<input type="checkbox"/> Obesidade, IMC _____	
36 Recebeu vacina contra Gripe na última campanha?			37 Data da vacinação:
<input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			_____
Se < 6 meses: a mãe recebeu a vacina? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		Se sim, data: _____	
a mãe amamenta a criança? <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado			
Se >= 6 meses e <= 8 anos:			
Data da dose única 1/1: _____ (dose única para crianças vacinadas em campanhas de anos anteriores)			
Data da 1 ^a dose: _____ (1 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			
Data da 2 ^a dose: _____ (2 ^a dose para crianças vacinadas pela primeira vez)			

Imagem 6: Modelo de Ficha de Registro Individual - Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave Hospitalizações (Ficha SRAG) - 12 de março de 2020. Este modelo é reproduzido em softwares de computador, sendo a ficha impressa pouco utilizada.

Prezados, bom dia!

Segue orientação da novas definições de casos de COVID 19 para notificações nas UBS/AMA/PA.

Não iremos mais notificar a população em geral, somente profissionais da saúde com queixa respiratória (síndrome gripal), este deverá ser notificado no site do Ministério e coletar o swab, **não abrir SINAN**. No corpo do e-mail inserir a categoria profissional e o local de trabalho deste profissional que está sendo notificado. **É de suma importância que os serviços identifiquem as amostras do grupo citado para envio ao laboratório**. Para envio da amostra ao IAL encaminhar a folha impressa do redcap que contém as informações pessoais do profissional.

Para a UVIS encaminhar os redcap completo e também protocolo do GAL, imediatamente via e-mail. Não precisa encaminhar via carga.

Segue site: **Ficha de notificação completa para casos suspeitos e prováveis de Novo Coronavírus (COVID-19)**

Os Casos graves serão notificados em hospitais de referência da região

Assunto: NOTIFICAÇÃO COVI 19

Prezados

Informamos que, a partir desta data, e de acordo com a Resolução SS 28 de 17/03/2020 serão realizados exames laboratoriais para diagnóstico do COVID-19 de pacientes internados com *Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG* e de *Profissionais de Saúde* com qualquer sintoma respiratório com ou sem febre.

De acordo com o exposto ficam assim definidas as ações de notificação e de envio de amostras ao laboratório:

1. A notificação de casos de *SRAG- Síndrome Respiratória Aguda Grave* deverá ser realizada no sistema SIVEP GRIPE - módulo SRAG hospitalizado e o envio de amostras deverá ser acompanhado do respectivo formulário SRAG Sivep Gripe;
2. A notificação de *Profissionais de Saúde* com sintomas respiratórios deverá ser realizada no RedCap e o env da amostra deverá ser acompanhado da 1ª (primeira) página do RedCap com a sinalização de que se trata de profissional de saúde;

Imagem 7: Capturas de tela de e-mails de março de 2020 encaminhados pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo às unidades de saúde do estado orientando equipes de saúde a notificar apenas casos graves de Covid-19. As comunicações sublinham que casos leves - "com qualquer sintoma respiratório ou sem febre" - seriam notificados apenas quando se tratassem de profissionais de saúde, e não seriam notificados pela Ficha SG (e-SUS-notifica), mas pelo Red Cap (outro software comumente utilizado em serviços de saúde para lançamento de dados). Fonte: G1, disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/03/27/secretaria-da-saude-de-sp-orienta-unidades-de-saude-a-notificarem-apenas-casos-graves-de-coronavirus.ghtml>

No dia 6 de maio de 2020, uma Nota Técnica sobre a necessidade do registro da nacionalidade em casos de Covid-19 assinada pelo sanitarista James Berson Lalane, integrante da Rede, foi divulgada. A nota afirmava que havia a "necessidade

de coleta e processamento de dados sobre a saúde dessa população de forma a identificar grupos mais vulneráveis à pandemia para que políticas e ações de proteção possam ser formuladas e colocadas em prática.” (Rede, 2020a). A nota era assinada por 24 organizações acadêmicas e da sociedade civil, e foi encaminhada ao Ministério da Saúde por meio de sua Ouvidoria Geral, permanecendo sem qualquer resposta até a escrita deste texto.

Posteriormente, uma carta (Rede, 2020b) foi produzida e remetida, em 22 de maio, à Secretaria de Vigilância em Saúde e ao DATASUS, ligados ao Ministério da Saúde (Processo SEI nº 25000.074061/2020-96). A carta apontava que os dados sobre as nacionalidades daqueles que contraíam a doença ou morriam em decorrência de suas complicações não poderiam ser lançados nos sistemas de informação de vigilância epidemiológica ainda que fossem coletados, pois não existia o campo para seu preenchimento na Ficha SRAG. O documento continha três demandas: 1. Orientação centralizada para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para a inclusão da variável “NACIONALIDADE” e recomendando a coleta dos dados de nacionalidade para as equipes de saúde, que não poderiam preencher o referido campo com “ignorado”; 2. Inclusão do campo “NACIONALIDADE” nos instrumentos de registro para COVID-19 do Ministério da Saúde, bem como no SIVEP-Gripe, no e-SUS-VE, no FormSUS e nas fichas de hospitalização dos casos de COVID-19 quando em leitos públicos ou privados; e 3. Divulgação de dados desagregados por nacionalidade nos painéis de monitoramento, boletins epidemiológicos, notas técnicas e demais documentos oficiais relativos à COVID-19, de modo a viabilizar análises de mortalidade, morbidade, cobertura e acesso.

A carta foi respondida pelo Ministério da Saúde em 17 de junho por meio do Parecer Técnico nº 99/2020, que afirmava:

“A atual ficha de SRAG dispõe dos dados de residência do paciente, em consonância com as demais fichas de registro individual de outros agravos notificados no país por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dentre as informações disponíveis, tem-se a variável “País: (se residente fora do Brasil)”. Esse campo é preenchido automaticamente pelo sistema, quando o paciente é residente do Brasil. Para casos em que o País de residência do paciente seja outro, há uma Tabela com código e nome dos Países que deve ser preenchida.” (Ministério da Saúde, 2020, ênfase minha)

Ou seja, o Ministério da Saúde afirmava que a coleta da informação sobre o país de origem dos migrantes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) somente era feita quando fossem relativos a migrantes com residência fora do Brasil, ignorando a nacionalidade daqueles com residência no país. O último parágrafo da análise do parecer ainda ressalta:

“Importante destacar que a variável residir fora do Brasil não corresponde ao mesmo que coletar informações sobre nacionalidade, porém as variáveis disponíveis já contemplam informações relacionadas ao país de origem e que são importantes para o contexto epidemiológico de cada caso, permitindo a investigação pelas vigilâncias locais e a identificação do perfil da doença no país.” (Ministério da Saúde, 2020, ênfase minha)

É importante destacar que, ao afirmar que “as variáveis disponíveis já contemplam informações relacionadas ao país de origem e que são importantes para o contexto epidemiológico de cada caso”, o Ministério confirmava que, enquanto política de coleta de informações e construção do perfil epidemiológico que embasaria as respostas à pandemia, apenas os dados sobre a nacionalidade de não-residentes no país interessavam. Em suma, a coleta de dados sobre nacionalidade serviria como instrumento de controle dos fluxos dessas pessoas e apenas na medida em que eventualmente fossem uma ameaça epidemiológica - i.e., somente daqueles com residência fora do Brasil -, e não enquanto dados que deveriam subsidiar respostas equitativas às desigualdades inerentes à pandemia. Um porão era criado por meio de um mecanismo de esquecimento forçado de milhares de casos de infecção e morte pela doença de grupos de imigrantes residentes no país, eximindo o Estado de produzir, como resposta à realidade que tais dados demonstrariam, políticas que viessem a mitigar as desigualdades mapeadas.

Em julho, o Ministério da Saúde também divulgou, após requisição da Rede, o único dado sobre mortalidade e contágios de migrantes por Covid-19. A resposta informou que até o dia 30 daquele mês, 2.950 casos de Covid-19 haviam sido notificados entre migrantes no Brasil por meio do e-SUS-VE (Ficha SG), embora esses dados sejam um retrato da subnotificação. Um dos indícios foi a resposta dada a respeito das mortes de migrantes registradas para o mesmo período no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que apontava 715 óbitos de migrantes por Covid-19 e 289 óbitos de migrantes por SRAG - isso representaria

uma taxa de mortalidade de quase 75% dos contaminados, o que é altamente improvável. Como o SIM é um sistema de dados onde o dado de nacionalidade é compulsório, esse número é mais fidedigno do que o de contágios para avaliar este quesito. A Rede também teve acesso, após requisição à Igreja Nossa Senhora da Paz - popularmente conhecida como Missão Paz -, localizada no centro de São Paulo e referência para a população migrante, um relato alarmante sobre o crescimento exponencial do número de missas de sétimo dia rezadas para migrantes mortos. Entre julho e o meio de setembro de 2020, foram 70 missas de sétimo dia realizadas por famílias de migrantes na Igreja.

É preciso considerar o relevo, nos sistemas de vigilância epidemiológica, da perspectiva do controle de risco. Em epidemiologia, risco corresponde a uma “elaboração teórica, que é construída, historicamente, com o objetivo de mediar a relação do homem com os perigos, visando minimizar os prejuízos e maximizar os benefícios.” (Navarro, 2009) Essa elaboração teórica articula-se, por vezes, à ideia de vulnerabilidade, definida como um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população diante de uma determinada doença (Brasil, 2005). Essa associação entre risco e vulnerabilidade cria a noção de grupos de risco, segmentos populacionais que estariam mais suscetíveis a determinados adoecimentos e agravos em saúde.

A noção de risco, no entanto, também aproxima-se à de perigo e ameaça (Castelli e Sullis, 2017), e migrantes são frequentemente considerados vetores de transmissão de doenças e “poluição social” (Setel et al., 1999). A própria estruturação dos formulários de coleta de dados demonstra isso. No caso da ficha utilizada na atenção primária (Ficha SG), três aspectos chamam a atenção. Primeiramente, o fato de que o campo “estrangeiro” fosse desabilitado quando o CPF era preenchido demonstra que todos os migrantes que possuíam o documento foram lançados enquanto brasileiros na Ficha SG, além de também significar que somente migrantes indocumentados foram registrados como estrangeiros neste sistema - algo potencialmente perigoso, na verdade, para os migrantes, que ficaram sinalizados no sistema enquanto indocumentados.

Em segundo lugar, além de o governo federal ter orientado, em 2021, que a notificação fosse feita preferencialmente por meio do SIVEP-Gripe, sistema que não permitia coletar dados relativos ao país de origem das pessoas atendidas, o governo

do estado de São Paulo orientou, ainda em março de 2020, as equipes de saúde que apenas pessoas em estado grave deveriam ser testadas e ter os casos notificados. Assim, oficializou-se a dispensa da coleta de dados de nacionalidade de migrantes residentes no país por meio da substituição da Ficha SG pela Ficha SRAG para notificação de Covid-19, e somente os dados de “estrangeiros” que viviam fora do Brasil foram coletados como forma de monitoramento da circulação da doença. Os dados eram relevantes apenas na medida em que permitiam rastrear a transmissão da doença vinda do além-fronteira, não enquanto mecanismo de coleta de dados a fim de embasar a garantia de direitos. Por último, reforça-se ainda mais a perspectiva de migrantes enquanto vetores epidemiológicos quando há a troca do campo “País de origem” para “País de trânsito nos últimos 14 dias”, colocando em relevo o aspecto biosseguritário (Keck, 2020) que embasava a alteração: era preciso proteger a população nativa de quem esteve em circulação por “países perigosos” nas últimas duas semanas.

Simultaneamente, a Defensoria Pública da União protocolou, em 15 de junho, uma Ação Civil Pública (ACP) baseada nas demandas estabelecidas na carta da Rede citada acima (Autos nº 5010540-35.2020.4.03.6100) - a peça inicial da DPU continha transcrições *ipsis literis* da carta enviada pela Rede ao Ministério da Saúde (Rede, 2020b). Entre os entes federativos listados na ACP enquanto réus do processo figuravam a União Federal, o Estado de São Paulo e o Município de São Paulo. Os pedidos foram indeferidos pela justiça federal, como apresentarei na análise da sentença. Por ora, concentrarei esforços na análise da resposta fornecida pelo município de São Paulo, por meio de sua Procuradoria Geral do Município (PGM-SP), em 27 de julho, para solicitar o indeferimento do pedido realizado pela Rede por meio da DPU.

Primeiramente, a PGM-SP argumenta pela ilegitimidade ativa da DPU para propor tal ação baseada no fato de que o órgão só poderia promover ações civis públicas “quando se vislumbre **resultado que beneficie um determinado grupo de pessoas hipossuficientes**” (PGM-SP, 2020, p. 3, grifo no original). A ação proposta, prosseguia a PGM-SP, discutiria medidas amplas e genéricas que afetariam não apenas “pessoas necessitadas”, mas também pessoas que, enquanto “residentes no Brasil, e precisamente na cidade de São Paulo” se utilizariam da rede de saúde pública e/ou privada “tida como uma das melhores - senão a melhor - do país”. Baseada nessa argumentação, a PGM-SP pedia a “**extinção sumária da**

demanda sem julgamento de mérito” (PGM-SP, 2020, p. 6, grifo no original). Os migrantes, tomados como detentores do privilégio de utilizar uma das melhores - *senão a melhor!* - redes de serviços de saúde do país, constituiriam, por oposição, grupo hipersuficiente, dispensando e desautorizando a Defensoria Pública da União a interpor ação judicial em seu nome, destinada apenas às “pessoas necessitadas”.

A argumentação, entretanto, adentra também a discussão sobre o mérito do pedido realizado - ou seja, sobre a importância ou não da coleta e divulgação de dados sobre migrantes infectados e mortos pela Covid-19 no município de São Paulo. A seção B da peça produzida pela PGM-SP intitula-se “DO MÉRITO. CRITÉRIO DA NACIONALIDADE. **INFORMAÇÃO IRRELEVANTE.** POLÍTICA PÚBLICA DE COMBATE À PANDEMIA PELO PODER EXECUTIVO” (Ênfase minha). A primeira parte dedica-se a estruturar a argumentação no sentido de demonstrar que a intervenção do Poder Judiciário na esfera administrativa, de competência do Poder Executivo, só poderia se dar diante de prova de omissão estatal ativa que ensejasse tal intervenção. Assim, sob a perspectiva do poder público municipal, não estaria demonstrada a omissão estatal no caso analisado, o que embasaria o indeferimento das demandas estruturadas na ACP.

Na sequência, a PGM-SP afirma que, ao considerar os princípios fundamentais do SUS, o marcador nacionalidade teria, “**na avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, baixo impacto na tomada de decisões sobre distanciamento social, retomada de atividades econômicas e ações de dimensionamento da capacidade hospitalar instalada no município e nos serviços de referência da rede pública municipal de saúde.**” (Procuradoria Geral do Município de São Paulo, 2020, p. 8, grifo no original). A peça adiciona a essa argumentação outras mais, como: a inclusão do marcador de nacionalidade teria importância apenas em um futuro hipotético de fim da transmissão comunitária, quando o monitoramento e controle da nacionalidade de origem de casos importados poderiam ser necessários; a inclusão do marcador nacionalidade em dados já obtidos teria baixa incidência no enriquecimento dos dados já colhidos pelo sistema de vigilância em saúde pois demandaria esforços das equipes de vigilância que não poderiam ser concretizados dada a sobrecarga de ações dos profissionais de saúde durante a pandemia; não haveria qualquer elemento que expusesse que quaisquer tipos de discriminações e privações estivessem recaindo sobre migrantes que viviam situações de vulnerabilidade no Brasil e na cidade de São Paulo; e os

dados, caso coletados, não teriam qualquer impacto sobre o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas às populações migrantes vulneráveis, não alterando a atenção dispensada a essas populações, “**considerando os preceitos legais do Sistema Único de Saúde**” (Procuradoria Geral do Município de São Paulo, 2020, p. 9, grifo no original).

Passemos agora à análise da argumentação apresentada. Antes de mais nada, é preciso destacar que, à semelhança do argumentado pelo Ministério da Saúde, a Prefeitura de São Paulo considerava que a coleta de dados sobre nacionalidade de migrantes infectados e mortos pela Covid-19 é importante apenas na medida em que permite mapear a importação de casos que ameçassem a segurança sanitária do município. Sob a perspectiva expressa pelo Estado em ambas as manifestações, migrantes são importantes para a elaboração de políticas públicas que almejam proteger cidadãos nacionais do risco epidemiológico representado pela entrada de sujeitos considerados polutos, contaminados, ameaçadores - uma imunização contra a alteridade (Esposito, 2005).

Ademais, a PGM-SP alegava que a própria Secretaria Municipal de Saúde havia atestado o “baixo impacto na tomada de decisões” sobre a estruturação de políticas de resposta à pandemia, uma vez que elas se resumiam a “decisões sobre distanciamento social, retomada das atividades econômicas e ações de dimensionamento da capacidade hospitalar” - era tudo sobre o que se precisava decidir. Todas essas medidas são tomadas, sob a perspectiva da prefeitura, enquanto de aplicação e efeitos homogêneos, desconsiderando, por exemplo, que o cruzamento de dados sobre territorialização das mortes e a periferização dos grupos racializados e daqueles submetidos a vagas precárias de trabalho apontavam, já naquele momento, uma prevalência de mortes entre moradores de cortiços (Barbosa et. al, 2020), de bairros periféricos mais pobres (De Chiara, 2020) e de trabalhadores que tiveram que permanecer circulando durante o período (Marino et. al, 2020; Ziegler, 2020) - grande parte dos três grupos na cidade de São Paulo é composta por migrantes. Também a capacidade hospitalar estava desigualmente distribuída, com 60% dos leitos de UTI concentrados em apenas três distritos da cidade - Sé, Pinheiros e Vila Mariana - , enquanto mais de 2 milhões de pessoas viviam em distritos sem um leito sequer (Rede Nossa São Paulo, 2020). A informação, dada como irrelevante pelo poder público municipal, só o era em virtude da irrelevância, para o Estado, da população a qual tais informações se referiam - mais de 300 mil

habitantes da cidade -, a ponto de ser um fardo dirigir servidores para a tarefa de realizar este levantamento em um momento onde outras tantas ações emergenciais *mais importantes* requereriam sua atenção.

O município também alegava que não havia quaisquer tipos de discriminação e privações recaindo sobre migrantes que viviam em situação de vulnerabilidade na cidade de São Paulo, ou no Brasil. Àquele momento, já havia dezenas de denúncias de episódios de xenofobia e racismo contra imigrantes, além do assassinato de um imigrante angolano, João Manuel, por xenofobia (Figueiredo, 2020). Também em 2020, já havia relatos sistematizados por coletivos organizados da sociedade civil sobre migrantes com Covid-19 que não tinham acesso à informação em seus idiomas acerca de como proceder em caso de infecção pelo SARS-CoV-2, e datam de 2020 denúncias de coletivos de imigrantes da Zona Leste da cidade que relataram a existência de Unidades Básicas de Saúde que se recusaram a atender mulheres bolivianas - em uma dessas unidades de saúde, um cartaz dizendo “mulheres bolivianas precisam tomar banho antes da consulta” havia sido afixado.

Por fim, a peça produzida pela PGM-SP deixa explícito que, ainda que os dados requeridos estivessem disponíveis, o desenvolvimento de ações voltadas a essas populações não alteraria a atenção dispensada a elas “considerando os preceitos legais do Sistema Único de Saúde” - e a procuradoria recorre aos “princípios fundamentais do SUS” mais de uma vez no documento. Assim, sob pretexto de garantir isonomia de tratamento a todos aqueles que acessam o SUS - uma espécie de respeito ao princípio da universalidade por meio da aplicação universal e inequalizável das regras de acesso ao sistema baseado no pressuposto de que o estabelecimento de discriminações positivas²⁴ poderia criar, a um só tempo, privilégios de acesso e segregação de grupos marginalizados -, o que se advoga é que não se deve estabelecer diferentes estratégias de promoção de saúde que sejam responsivas aos diferentes contextos nos quais o SUS está inserido. Em outras palavras, o sistema é considerado universal, sob essa perspectiva, por aplicar determinados regramentos de maneira supostamente universal. Coletar informações sobre a nacionalidade dos infectados e mortos pela doença seria, uma vez mais, inócuo, já que disso não poderia derivar nenhuma política específica de atenção e

²⁴ Para uma discussão aprofundada sobre a noção de discriminação positiva, conferir Carneiro Júnior e Silveira, 2003; e Marsiglia et al., 2005

promoção da saúde às populações migrantes sob pena de ferir o paradigma da universalidade do sistema.

Dito de outra maneira, é como se o SUS pudesse ser considerado enquanto um bloco homogêneo supostamente à semelhança da população a que atende. O discurso da universalidade, dessa forma, mira a igualdade e a isonomia, *mas atua, na prática, de maneira a cristalizar as profundas assimetrias que constituem a sociedade brasileira*, em especial por meio do soerguimento de estruturas de apagamento ativo das especificidades das populações atendidas. Essa é uma estratégia de construção de esquecimento e invisibilidade, e permite que o Estado ativamente esqueça que essas populações existem, ao mesmo tempo que torna as experiências às quais estão submetidas virtualmente alucinatórias.

A sentença da ação foi proferida e publicada pelo Juiz Federal José Henrique Prescendo no dia 21 de janeiro de 2022 - 1 ano e 7 meses após sua propositura. Ela nega os pedidos realizados pela DPU apresentando três linhas argumentativas: a incompetência do Poder Judiciário para decidir sobre políticas públicas, a existência do campo “país de origem” na ficha de monitoramento de síndromes gripais (Ficha SG) e a discricionariedade dos gestores em saúde para escolher quais dados devem ser divulgados, e quais devem ser preservados sob pena de ferir o direito ao sigilo às informações pessoais dos pacientes.

Em relação ao primeiro argumento, é preciso que se diga que o Poder Judiciário foi co-gestor das medidas adotadas durante a pandemia desde o primeiro momento. A justiça determinou, entre outras coisas, que o governo federal adotasse medidas para conter avanço da Covid-19 entre indígenas (Barroso..., 2020), que cultos religiosos fossem retirados da lista de atividades consideradas essenciais (Shalders, 2020), que a defesa feita pelo então presidente Jair Bolsonaro do chamado “kit Covid”, conjunto de medicamentos comprovadamente sem eficácia contra o SARS-CoV-2, era exercício de seu direito ao livre discurso político (Zanini, 2021), que o governo deixasse de divulgar informações sobre a pandemia sem bases científicas (Brasil, 2020), e que estados e municípios tivessem autonomia para definir a adoção de medidas de contenção e mitigação dos efeitos da pandemia (Amorim e Tajra, 2020). Além disso, o Brasil vive, desde 2015, sob intensa atuação do Poder Judiciário no âmbito político, sendo também co-responsável pela eleição de Jair Bolsonaro à presidência da República em 2018. Assim, a inépcia do Poder

Judiciário para decidir sobre a manutenção, alteração ou fim de determinadas políticas públicas é sobretudo seletiva.

O segundo eixo argumentativo da sentença diz respeito à presença dos campos de preenchimento na Ficha SG já mencionados anteriormente (estrangeiro - sim ou não - e país de origem, ou país de trânsito nos últimos 14 dias). A argumentação ignora aquilo que já foi argumentado: a Ficha SG desabilitava o campo “estrangeiro” quando o CPF era preenchido, profissionais de saúde não a utilizavam por orientação dos próprios governos em benefício do preenchimento da Ficha SRAG, do SIVEP-Gripe (que não possuía campo “nacionalidade” ou “país de origem”), e que, de acordo com relatos de profissionais (migrantes) de saúde que trabalhavam na alimentação dos sistemas de dados do SUS, o campo “país de origem” na Ficha SG havia sido modificado para “país de trânsito nos últimos 14 dias” - ao menos em São Paulo.

O equívoco do juiz diante de um fato público (Figueiredo, 2020) - induzido pelo Ministério da Saúde, que informou nos autos a existência do campo “país de origem” em uma ficha cujo preenchimento era oficial e publicamente desaconselhado por autoridades de saúde - resulta em uma desconsideração do fato *real* e da concretude dos eventos que motivam a demanda política apresentada tomando-as enquanto *alucinatórias*, garantindo, aos ganhadores da causa, a primazia sobre a realidade: o mundo é como eles descrevem. A existência da Ficha SG indexava essa *realidade* a itens físicos e concretos - ainda que dissimulados -, alocando as demandas dos movimentos sociais no campo do etéreo, imaginado, falseado, *alucinado*. Estavam vendo coisas onde não havia nada para se ver.

Por fim, a preocupação em relação aos dados divulgados é válida, já que é muito tênue a linha entre o benefício produzido pela coleta e divulgação de dados de nacionalidade, étnicos-raciais e de outras ordens, e o *risco* do aprofundamento da estigmatização, da associação entre determinadas nacionalidades e determinadas doenças, e do racismo contra determinados grupos de migrantes. Este assunto será tratado de maneira mais central no próximo capítulo.

Considerações finais

Procurei, ao longo deste capítulo, apresentar como as reaberturas

econômicas produziram um rastro de migalhas semióticas capaz de nos dar pistas sobre suas *reais* motivações. Em primeiro lugar, ocorreu o esvaziamento simbólico da sensação de medo e incerteza diante da maior catástrofe global em décadas, que se colocava no caminho da volta ao funcionamento total das engrenagens produtivas do capitalismo. Não à toa, pastas ligadas ao desenvolvimento econômico passaram a conduzir grande parte das entrevistas coletivas diárias em que autoridades públicas tratavam do tema, como no caso do estado de São Paulo. Assim, a primeira campanha de vacinação conduzida pelo Estado e pelo capital foi semiótica, afirmando a *realidade* da segurança dos planos de reabertura econômica atestada por uma ciência comprometida com este projeto, mas que se afirmou técnica para que técnicas fossem suas opiniões e seu ativismo sobre o tema.

Assim, o medo de sair de casa - considerado, por vezes, um privilégio de classe não extensível à massa de trabalhadores precarizados, ainda que fossem esses os que mais sentiam medo - torna-se uma experiência alucinatória diante da necessidade de exposição compulsória ao risco não apenas da morte, mas das sequelas de longo prazo, da contaminação de familiares e amigos, da falta de acesso aos serviços de saúde. A flexibilização das quarentenas - que não era uma flexibilização, nas palavras de João Doria - lança essas pessoas ao mar para lucrar com a tempestade. Os detratores dessa medida são acusados, na verdade, de estarem muito acostumados ao conforto de sua casa para retornar ao trabalho presencial, cumprindo um capricho pequeno-burguês. Alucinam diante da *realidade* da pandemia, que comportava o risco por um bem maior: o retorno da atividade econômica, e de tudo o que ela acarretava.

Também alucinam aqueles que advogavam, por meio da campanha “Nacionalidade no SUS”, a identificação das populações migrantes como forma de atestar as desigualdades e assimetrias percebidas na prática, mas desconsideradas diante da inexistência de registros oficiais. Alucinam por isso, e por verem um problema que não existe: se a Ficha SG possui o campo “país de origem”, tudo está resolvido, restando ao Ministério da Saúde a discricionariedade sobre a divulgação ou não de tais dados. A Ficha SG, balão de ensaio do Ministério da Saúde, escamoteou o fato de que o registro continuava sem ser produzido - não apenas esse, como muitos outros - , e não havia dados para decidir se eles seriam divulgados ou não.

Por fim, alucinam por denunciar a exclusão dos migrantes, considerados

privilegiados por terem acesso a uma dos melhores - *senão a melhor* - rede de serviços de saúde do Brasil e do mundo: uma ingratidão profundamente ressentida diante daquilo que se considera um *privilégio*. Esta campanha, ao tentar tornar *real* seu objeto - i.e., a falha do SUS em ser universal diante de problemas relativos às especificidades das populações migrantes - é mais um dos exemplos do que chamo de *política antiporão*, noção que será trabalhada mais a fundo no capítulo 4. Por fim, a campanha por identificação, enquanto exemplo de política antiporão, não torna o problema visível, pois para vê-lo bastaria olhá-lo. Ela torna o problema *real* pois o coletiviza, o registra e o ressoa. Essa questão retornará com mais profundidade no próximo capítulo, que trata da campanha de vacinação contra a Covid-19 e as mobilizações de migrantes racializados moradores das periferias de São Paulo para garantir o direito à imunização.

Capítulo 3 - Tensões entre universalidade e equidade no acesso de imigrantes ao SUS

“(...) E continuamos. É tempo de muletas.
Tempo de mortos faladores
e velhas paralíticas, nostálgicas de bailado,
mas ainda é tempo de viver e contar.
Certas histórias não se perderam.”

Carlos Drummond de Andrade, *Nosso Tempo*, 1945

Era um dia abafado e chuvoso de primavera na cidade de São Paulo, e migrantes de distintas origens nacionais se amontoavam em cadeiras sob uma marquise em Guaianases, bairro do extremo leste da cidade. À frente, uma fileira de ativistas de direitos dos migrantes, incluindo eu mesmo, os encaminhava para diferentes tipos de serviços de assistência de regularização migratória e para a equipe da Unidade Básica de Saúde do território, que realizava vacinação contra a Covid-19 no local. “Estão pedindo o CPF para vacinar?”, me perguntou, então, uma mulher boliviana que eu inscrevia para tomar sua primeira dose de vacina. “Não”, respondi, já que aquele era o primeiro e único esforço específico de imunização de migrantes no Brasil, não requerendo apresentação de documentos brasileiros ou dentro do prazo de validade. “Então eu vou tomar”, respondeu.

Este episódio ocorreu em 30 de novembro de 2021, quando se completavam 3 meses do anúncio feito pela administração municipal de São Paulo de que 100% da população adulta da cidade havia tomado ao menos uma dose da vacina contra a Covid-19. No dia 25 de novembro daquele mesmo ano, a cidade também anunciara que todos os adultos haviam concluído seu ciclo vacinal primário, à época composto por duas doses das vacinas produzidas pelos laboratórios AstraZeneca, Pfizer, Sinovac e Sputnik V (só para alguns estados brasileiros), ou uma dose da vacina produzida pelo laboratório Janssen. Não obstante, essa mulher e outros 91 migrantes que compareceram à série de três mutirões realizados no fim de 2021, majoritariamente identificados enquanto indígenas e negros e oriundos de países latino-americanos e africanos, tomaram a primeira dose de seus imunizantes apenas nestes eventos, que ainda vacinou 14 migrantes com a segunda dose e 1 com a terceira dose.

Este capítulo se articula sobre dois eixos argumentativos. O primeiro é produzido a partir da análise da campanha de vacinação contra a Covid-19. Após descrever como se deram as negativas de acesso à vacina a imigrantes moradores de bairros do extremo-leste da cidade de São Paulo, procuro demonstrar que a indocumentação teve efeito limitado sobre as dificuldades de acesso ao direito à saúde, apontando que mesmo migrantes que possuíam documentos - e que por vezes eram, para todos os efeitos, legalmente brasileiros - não conseguiam se vacinar contra a Covid-19 no extremo-leste de São Paulo. Assim, argumento que os processos de racialização, entendidos aqui como os processos pelos quais qualquer diferença social é essencializada, naturalizada e/ou biologizada, ancorando-as em tipos fixos de alteridade (Omi e Winant, 1994; Vertovec, 2011; Thomas e Clarke, 2013; Machado, 2009), foram mais determinantes que a indocumentação para definição de quem seria elegível ao acesso aos imunizantes - e, por consequência, ao que é considerado universal (i.e., o programa emergencial de imunização contra a Covid-19 articulado pelo sistema de saúde)..

O segundo eixo argumentativo reflete sobre os paradigmas orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS), e sobre as tensões entre os princípios da universalidade e da equidade observadas frequentemente nos discursos de alguns atores face às demandas de estruturação de determinadas ações de promoção de saúde específicas para as populações migrantes. Ainda que sejam paradigmas complementares - só é possível garantir a universalidade do Sistema por meio da observação diligente das iniquidades que constituem a sociedade brasileira -, procuro demonstrar que a existência de determinadas ações destinadas a produzir equidade no SUS são frequentemente qualificadas como criadoras de privilégios em um contexto de escassez de direito à saúde. Assim, ações de mitigação dos efeitos produzidos por essas desigualdades são classificadas como uma ameaça à igualdade - de direitos e perante a lei - a exemplo do que ocorre com outras ações similares, como as ações afirmativas. Os paradigmas da universalidade e da equidade são, assim, considerados por determinados atores presentes nas disputas próprias do campo da saúde antes como mutuamente excludentes do que como complementares. Antes de prosseguirmos para os dados etnográficos, a primeira seção irá dedicar-se a uma breve remissão teórica sobre as tensões entre o universal e o particular, ou o equitativo.

Do Universal e do particular, ou do equitativo

A díade universal-particular é um objeto clássico da antropologia e das ciências sociais. Subproduto da episteme moderna, a ideia de universalidade baseou os esforços de construção epistemológica da antropologia por meio do soerguimento da categoria de humanidade, de abrangência “universal”, desenvolvimento linear e relativamente uniforme, e frequentemente avessa à contextualizações. Ainda que o etnocentrismo possa ser, como afirmou Lévi-Strauss (2016), a mais universal das características humanas, a articulação entre a noção de humanidade e a noção de universalidade apresenta-se como traço diacrítico do pensamento atribuído ao macrobloco que se costuma chamar de “cultura ocidental” (Santos, 1999). As noções modernas de humanidade e universalidade associam-se por meio da atribuição de características basais universalmente compartilhadas que simetrizariam a todos individual e coletivamente, subsidiando, entre outras coisas, a estruturação de políticas garantidoras dos direitos humanos - notoriamente restritas sobre quais direitos são garantidos a quais humanos (Id. Ibid.).

Como demonstram os chamados *critical studies* e o perspectivismo, o acesso ao status - universal - de humanidade que seria digna de direitos deixou de abarcar uma miríade de sujeitos e criaturas considerados infra ou não-humanos pelos modernos. Estudos feministas, antirracistas, decoloniais e o perspectivismo demonstraram que a não garantia de acesso a determinadas possibilidades de vida por determinadas populações estava intimamente ligadas à maior ou menor consideração daquelas comunidades afetadas enquanto iguais - ou seja, detentoras de direitos perante estruturas estatais ou em determinadas relações (Fanon, 2008; Gonzalez, 1984; Braidotti, 2019; Kilomba, 2019; Césaire, 2022; Krenak, 2019; Viveiros de Castro, 2002; Stengers, 2011). A categoria “humanidade” não apenas não é universal, sendo culturalmente específica, como também é um índice de acesso ao poder (Braidotti, 2019). Dessa forma, o acesso ao status da humanidade “universal” a quem direitos serão garantidos torna-se uma pauta política central, já que o clube da humanidade não é para todos (Krenak, 2019). Criam-se, assim, universalidades particulares, capazes de simultaneamente advogar a igualdade de todos os sujeitos e defender o caráter excepcional da humanidade de alguns grupos, mais humanos que os outros. Restam excluídos determinados grupos incapazes de

cumprir todos os critérios de humanidade estipulados por tais perspectivas situadas de universalidade.

Se a representação da díade universal-particular em dois pólos diametralmente opostos e excludentes é ilusória, além de analítica e empiricamente pouco profícua, em especial por estabelecer distinções entre tipos frequentemente híbridos, com escalas díspares, linhas divisórias borradas e altamente permeáveis (Santos, 1999; Viveiros de Castro, 2002), sua presença é especialmente sentida nas nebulosas zonas de interstício epistemológicos e/ou ontológicos (Viveiros de Castro, 2015). No campo da saúde, a díade é frequentemente representada, por um lado, pelos campos de conhecimento que versam sobre componentes estruturais, materiais e objetivos da realidade - componentes universalizáveis e imunes a contextualizações -, e aqueles que dão conta de superestruturas simbólicas e acessórias, cuja única propriedade universal é a variabilidade - culturas, sociedades, significados atribuídos a um mundo externo estrutural²⁵. Cientistas sociais - e até psicólogos e psiquiatras - se vêem frequentemente com a tarefa de ter de reiteradamente comprovar a relevância de fatores sócio-histórico-culturais em abordagens de saúde (Carvalho et al. 2023), e são frequentemente instrumentalizados para diminuir a resistência de comunidades a quem clínicos, sanitaristas e epidemiologistas querem acessar.

Veremos à frente como essa díade é operacionalizada nas disputas do campo da saúde enquanto mutuamente excludentes: no limite, não será possível para alguns atores desse campo conceber um sistema de saúde universal quando os contextos forem considerados. A consideração de contextos, sob essa perspectiva, cria, por um lado, segregação e exclusão, com grande potencial de aprofundamento do racismo e da xenofobia, pois permite a criação de tratamentos diferenciados para determinados grupos sociais. Por outro, ela cria privilégios, pois em um contexto de direito escasso onde grande parte da população possui severas dificuldades de acesso, criar ações de diminuição da desigualdade para determinados grupos sociais produz, sob essa perspectiva, mais desigualdade ao privilegiar o acesso de alguns grupos em detrimento de outros. Dessa forma, as ações de equidade - a equalização de determinados aspectos das intervenções, sejam elas de saúde

²⁵ Nesse segundo campo, inclui também as matrizes ontológicas e epistemológicas extramodernas, reduzidas todas à ficções imaginativas sob um mundo imanente e mensurável. Não por acaso, o neopositivismo e o neoiluminismo encontram-se sobremaneira fortalecidos.

coletiva ou individual, de maneira a reduzir desigualdades derivadas de diferenças de diversas ordens, estabelecendo diálogo próximo e simétrico com outros saberes e sistemas terapêuticos - têm sempre que ser reduzidas ao mínimo possível sob pena de ferir a universalidade, seja a do sistema, seja a da “medicina baseada em evidências” e de seu objeto.

Passarei agora à análise dos dados etnográficos, procurando demonstrar que a campanha de vacinação contra a Covid-19 no Brasil, especificamente na região metropolitana de São Paulo, também obedeceu a essa lógica.

“As leis não bastam...”²⁶

O ano de 2021 iniciou-se no Brasil com a promessa de uma campanha de vacinação abrangente e inclusiva: em 17 de janeiro, a enfermeira negra Mônica Calazans, servidora do Hospital Emílio Ribas, foi imunizada com a presença do governador de São Paulo, João Doria, alguns minutos após a aprovação do uso emergencial das vacinas dos laboratórios Sinovac (CoronaVac) e AstraZeneca (Covishield) pela ANVISA. A escolha de uma mulher negra foi feita para simbolizar o caráter inclusivo da campanha de vacinação por vir: Mônica era moradora de Itaquera, bairro do extremo-leste de São Paulo, e trabalhava como enfermeira em dois empregos desde 1985. O evento tornou-se um palanque de afirmação política do “triunfo da vida contra o negacionismo”, nas palavras do governador de São Paulo, já mencionado nesta tese, e que buscava ser endossado como candidato à Presidência da República. Um ano depois, Mônica foi convidada por João Doria para se filiar ao PSDB, partido do governador. Em 2022, a enfermeira foi candidata a deputada federal, recebendo 9.149 votos, quantidade insuficiente para se eleger. João Doria não conseguiu ser referendado como candidato, e deixou seu partido em 2022.

O que se seguiu não reservou continuidade em relação à ação simbólica de janeiro. Em fevereiro de 2021, pesquisas já apontavam que a adoção do critério etário para definição de grupos prioritários em detrimento da adoção de critérios territoriais (e, por consequência, raciais) no município de São Paulo significava privilegiar grupos menos vulneráveis no acesso a imunizantes, canalizando as vacinas para territórios onde não havia sobremortalidade e onde havia maior

²⁶ Trecho do poema de Carlos Drummond de Andrade, *Nosso tempo*, 1945.

concentração de população branca e de renda alta (Faustino et al., 2021). Entre maio e julho, já com dados sobre a vacinação relativamente consolidados, pesquisas do LabCidade demonstravam que as populações negras da periferia de São Paulo foram simultaneamente as que mais morreram e as que eram vacinadas de maneira mais lenta, mesmo quando considerados os grupos já elegíveis para a vacinação naquele momento (Marino et al., 2021).

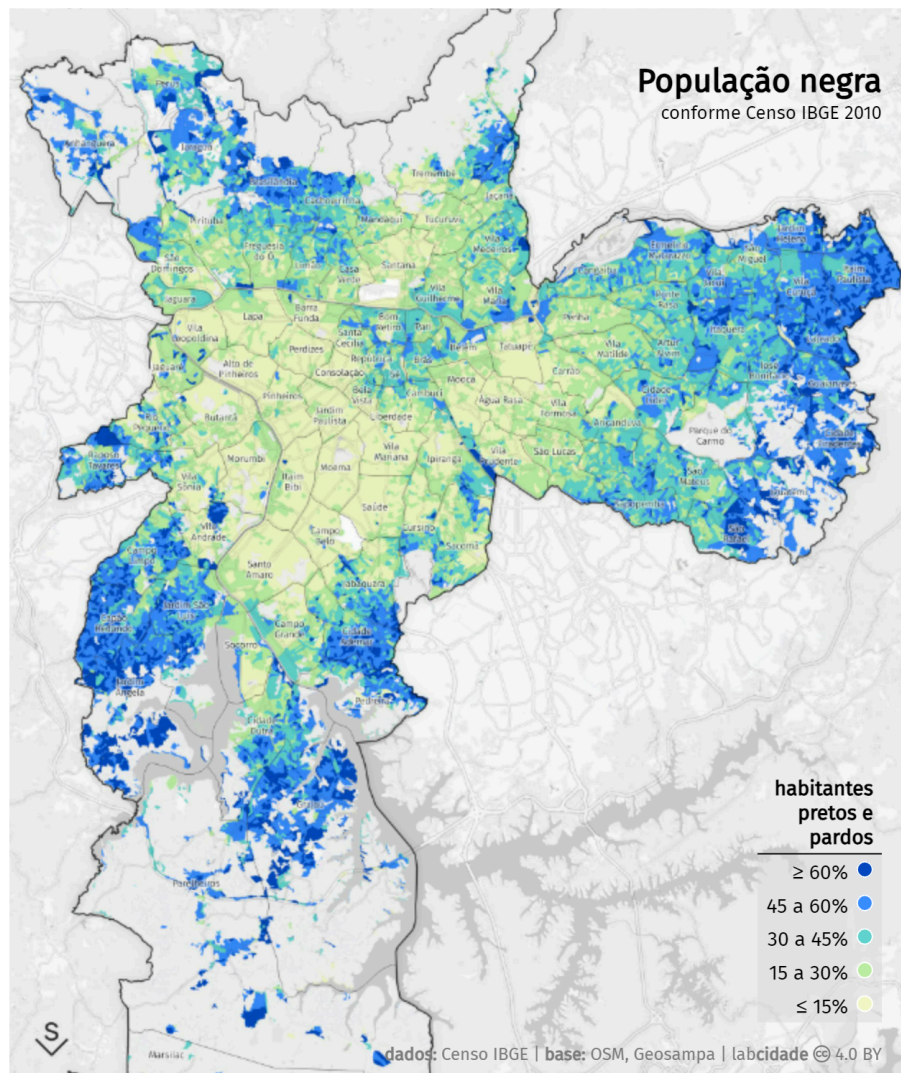


Imagem 8: Distribuição da população negra e parda no município de São Paulo conforme o censo de 2010. Mapa elaborado pelo Labcidade (Marino et al., 2021).

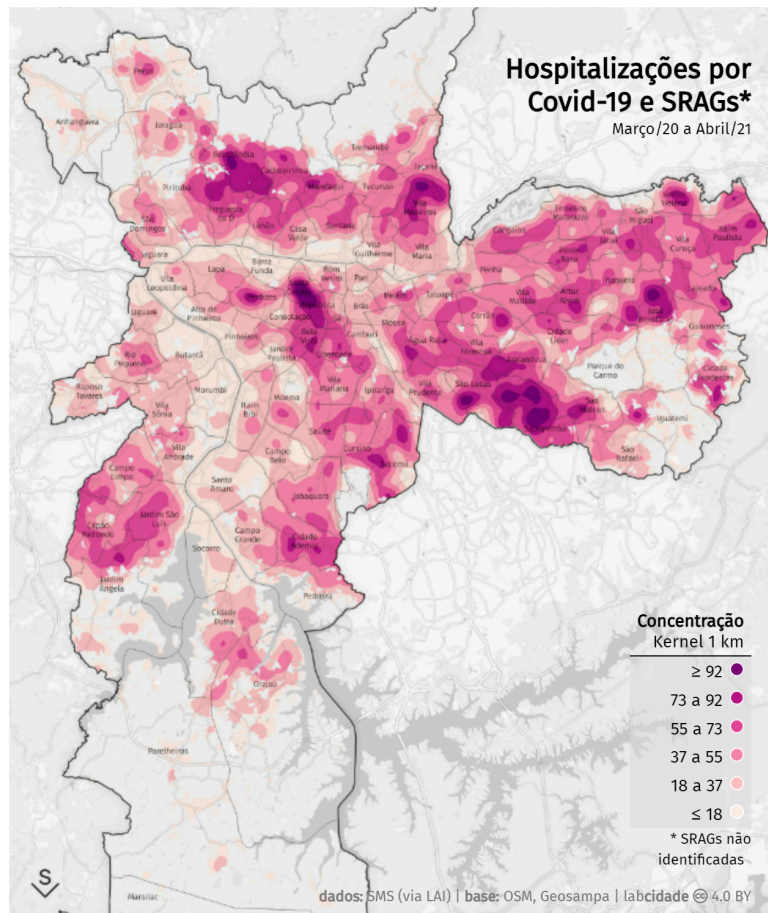


Imagem 9: Mapa de calor que representa a concentração de hospitalizações por Covid-19 e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no município de São Paulo no período entre Março de 2020 e Abril de 2021. Mapa elaborado pelo Labcidade (Marino et al., 2021).

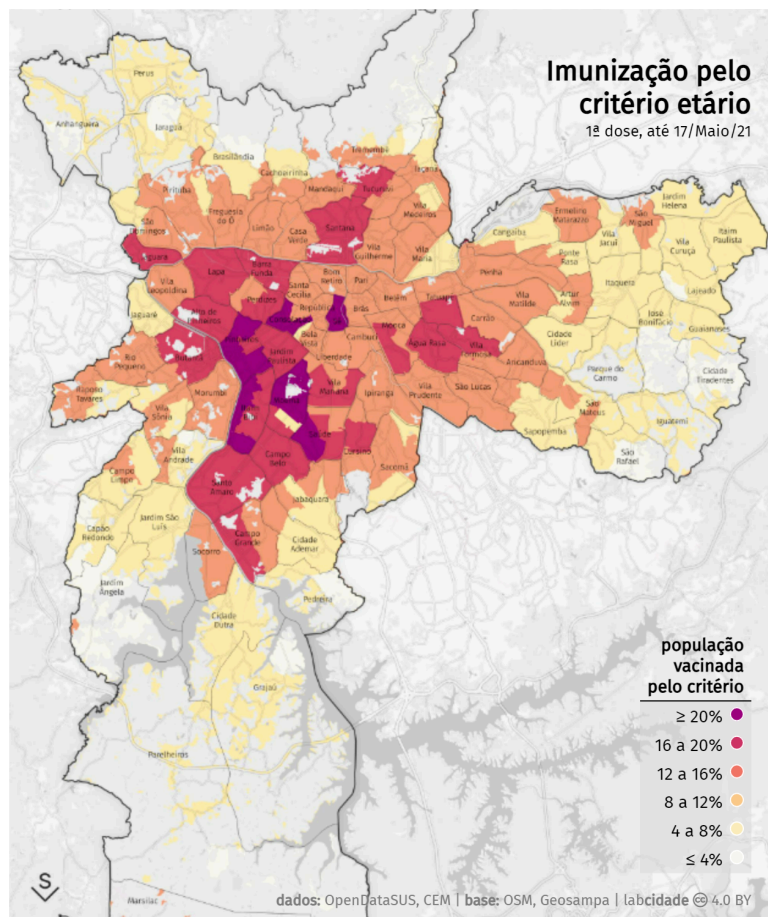


Imagem 10: População vacinada com a 1ª dose pelo critério etário até 17 de maio de 2021 no município de São Paulo. Mapa elaborado pelo Labcidade (Marino et al., 2021).

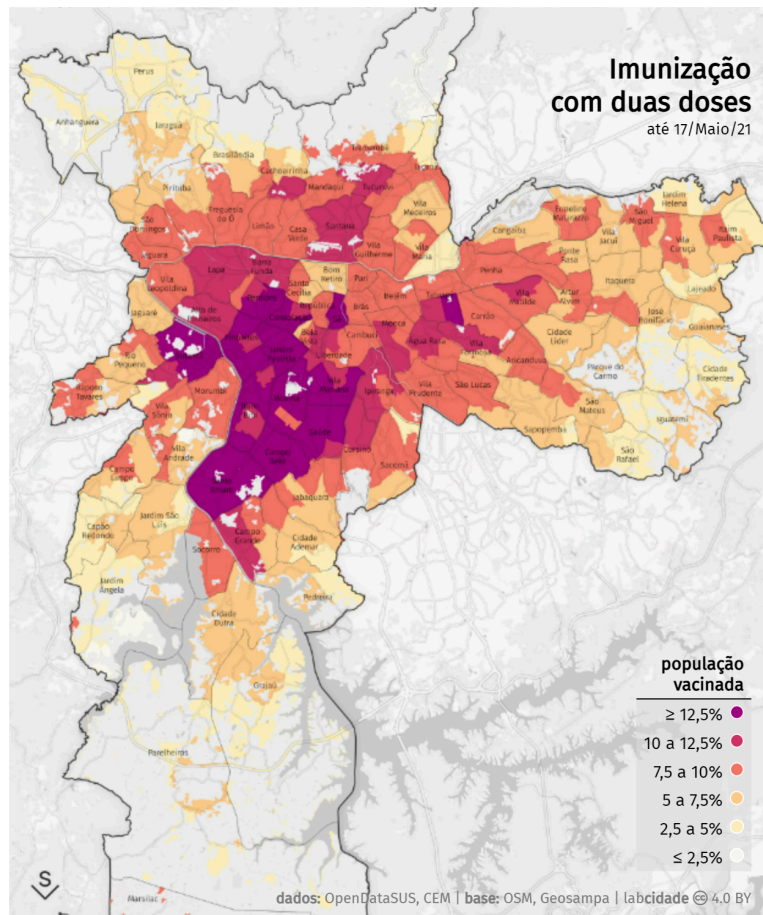


Imagem 11: Distribuição da população imunizada com duas doses até 17 de maio de 2021 no município de São Paulo. Mapa elaborado pelo Labcidade (Marino et al., 2021).

Desde o início da campanha de vacinação, a apresentação de alguns documentos para conseguir se vacinar, como o CPF e o comprovante de residência, foi obrigatória em São Paulo e na maior parte do país. Esse documento, e qualquer outro, é oficialmente dispensado por diversas leis e outros instrumentos normativos: a Constituição Federal afirma, em seu artigo 5º, a igualdade de todos perante a lei sem distinção de qualquer natureza (Brasil, 1988); os artigos 1º e 7º da Lei nº 8080/90 afirmam a universalidade de acesso ao SUS em todos os níveis de assistência, e o inciso IV do artigo 7º também afirma a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990); o artigo 4º da Lei nº 13.445/17, que garante aos imigrantes acesso a serviços públicos de saúde, assistência social e previdência social sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória (Brasil, 2017); o artigo 258 da Portaria nº 2.236/21 do Ministério da Saúde diz que será dispensada a identificação de pessoas quando houver a impossibilidade de obter dados que garantam sua identificação

unívoca, como nos casos de pessoa incapacitada por questão social e cultural (Brasil, 2021); o artigo 13 da Portaria nº 940/11 do Ministério da Saúde diz que não se constituem impedimentos para a realização de atendimento solicitado em qualquer estabelecimento de saúde a inexistência ou ausência de Cartão Nacional de Saúde (ou Cartão SUS), o desconhecimento do número do Cartão SUS ou a impossibilidade de realizar o cadastramento ou a consulta à Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde (Brasil, 2011).

Em 28 de maio de 2021, o município de São Paulo passou a exigir a apresentação compulsória de comprovante de residência para realizar a vacinação com primeira dose na rede pública municipal de saúde. A medida foi adotada em razão da diminuição progressiva da faixa etária da população elegível à imunização. Diante da escassez de doses, era preciso direcionar as vacinas para munícipes, evitando que pessoas de outras cidades fossem até São Paulo para se imunizar - ferindo simultaneamente a universalidade, a equidade e a estruturação do sistema de saúde enquanto nacionalmente unificado. Destaco aqui matéria sobre o tema veiculada na página da Câmara Municipal de São Paulo, onde se afirma que a cidade havia sido a única - não se sabe entre quantas ou quais - até o momento que não havia feito tal exigência, “cumprindo todo o regramento do SUS” (Monteiro, 2021). Reconhece-se, portanto, que a exigência é contrária ao regramento do SUS, o que é regulamentado pela Lei nº 13.714/18, cujo parágrafo único do artigo 19 diz:

“A atenção integral à saúde, inclusive a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, nos termos desta Lei, dar-se-á independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a diretriz de articulação das ações de assistência social e de saúde a que se refere o inciso XII deste artigo.” (Brasil, 2018)

Não obstante, não foram raros os casos de negativa de atendimento e de vacinação de migrantes no município em razão de sua frequente incapacidade de apresentar documentos, fossem eles CPFs ou comprovantes de residência. Em alguns casos, mesmo portando documentos válidos, migrantes foram impedidos de se vacinar contra a Covid-19.

Em relação aos CPFs, é preciso que se diga que o Brasil vivenciou o estabelecimento de uma política de produção de indocumentação acoplada à

pandemia do coronavírus. Como vimos no primeiro capítulo, as fronteiras começaram a ser fechadas por ocasião da Portaria nº 120/20, publicada em 17 de março de 2020, e a medida foi reeditada em mais de trinta outras portarias que a sucederam, permanecendo as fronteiras terrestres fechadas até dezembro de 2021. Assim, qualquer imigrante que adentrou o país após essa data o fez por rotas clandestinas, e foi formalmente impedido de se regularizar - ou seja, de requisitar CPF, abrir contas em bancos, registrar filhos nascidos no Brasil, solicitar carteira de trabalho, e, por óbvio, de celebrar contratos formais de aluguel ou qualquer outro tipo de relação de consumo que fornecesse alguma comprovação de residência.

Em primeiro de julho de 2021, uma reunião foi realizada entre a Rede, movimentos de imigrantes e a Coordenadoria de Políticas para Migrantes e Promoção do Trabalho Decente (CPMig-TD) da Prefeitura de São Paulo. O encontro destinava-se a debater os problemas enfrentados por migrantes residentes em São Paulo para se vacinar. O coordenador da CPMig-TD à época afirmou que, a despeito das exigências de documentos formalizadas em instrutivos divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS-SP), não estavam sendo reportadas dificuldades para a vacinação de migrantes. Ele afirmou saber que as UBSs do centro da cidade estavam aceitando declarações de próprio punho de líderes de ocupação como comprovação de residência, no caso daqueles migrantes que viviam em ocupações de movimentos por moradia, e que verificaria com a SMS-SP se havia denúncias sobre negativas de acesso à vacina registradas na Ouvidoria do SUS do município. No dia 7 de julho, o coordenador enviou e-mail dizendo que a SMS-SP afirmara não haver registros de denúncias ou reclamações de migrantes sobre negativa de acesso à vacinação na Ouvidoria do SUS.

Ainda que, como vimos acima, a falta de documentos por si só não seja legalmente suficiente para barrar o acesso à vacinação contra a Covid-19, ou que a inexistência de registros oficiais tenha sido suficiente para que o poder público desconsiderasse o problema enquanto *real*, Yoselin²⁷, mulher boliviana que estava grávida à época que tornou-se elegível para a imunização, não conseguiu se vacinar. Ela vivia de favor em um bairro do extremo-leste de São Paulo na divisa com a cidade de Ferraz de Vasconcelos, e não foi vacinada contra a Covid-19 pois não tinha comprovante de residência em seu nome. Yoselin era integrante da

²⁷ O nome de alguns interlocutores foi trocado em nome da preservação da identidade.

Associação de Mulheres Imigrantes Luz e Vida (AMILV), um coletivo de mais de 400 mulheres bolivianas, paraguaias, venezuelanas e brasileiras que buscou a Rede por intermédio do Fórum Internacional Fronteiras Cruzadas para denunciar as negativas de vacinação de migrantes na periferia de São Paulo. Yolanda, uma das líderes da AMILV, conta:

“Eu briguei muito para ter o meu cartão do SUS. No posto de saúde, pedem documento brasileiro e comprovante de residência. Tem gente que tem que ir com o dono da casa pra cadastrar, porque não tem nada no nome. Na Vila Yolanda II e na Cidade Tiradentes, muitas mulheres vão, mas eles não querem atender. Tem gente que me pergunta: ‘Preciso de documento? CPF?’, e o que eu respondo? Tem gente que não sabe que pode tirar o cartão SUS sem o RNM (Registro Nacional Migratório), diz ‘mas eu não tenho CPF’, aí não consegue se vacinar.” Registro de campo, 12 de julho de 2021.

Samuel é brasileiro naturalizado, mas nasceu no Haiti. Legalmente, é cidadão brasileiro, e, como tal, possuía documentos do país, mas não conseguiu transferir a titularidade das contas de casa, um imóvel alugado diretamente com o proprietário, para seu nome. Samuel também tentou se vacinar em duas UBSs distintas, uma em Ferraz de Vasconcelos e a outra em Guaianases, a última no município de São Paulo. Não conseguiu, e teve que retornar ao trabalho presencial em agosto de 2021 sem qualquer dose de vacina, ainda que já fosse elegível para tal.

“Olha, foi difícil. Foi muito difícil. Eu fui em Ferraz, e lá não deixaram porque eu não tinha o comprovante no meu nome. Em Guaianases, foi a mesma coisa. Na época que minha idade começou a vacinar, eu ainda estava trabalhando de casa, dava aula online de francês e inglês. Mas depois a escola disse que a gente ia voltar a dar aulas lá na escola, aí né? Aí eu precisava vacinar.” Registro de campo, 11 de setembro de 2021.

Martin, venezuelano, mora no bairro de Tiquatira, zona leste de São Paulo. Veio para a cidade após passar um período em Roraima. Ao tentar se vacinar pela primeira vez, no início de setembro, Martin apresentou o protocolo de solicitação de refúgio, documento brasileiro, mas teve a vacina negada: “a enfermeira olhou e disse que era só com CPF, e que eu também precisava de um comprovante de residência, conta de luz, água”, diz. Dias mais tarde, já de posse do CPF e de uma conta de luz em nome dos pais, recebeu a segunda negativa, alegando, agora, que

ele precisava de um RNM com data de validade vigente para ser vacinado. Em contraste, brasileiros brancos reportavam nunca terem sido solicitados nenhuma documentação para se vacinar - o que, por vezes, tornava difícil argumentar que a exigência era um problema junto a trabalhadores dos serviços migratórios, acadêmicos e pesquisadores. Alguns relataram, inclusive, que familiares de fora da cidade haviam viajado a São Paulo para se vacinar em UBSs localizadas na Vila Mariana e em Paraíso, bairros nobres da cidade, e que comprovantes de residência não haviam sido exigidos.

Os dois últimos casos são especialmente emblemáticos como maneira de sublinhar que a indocumentação por si só não produz negativa de acesso a direitos. Embora a dispensa da apresentação obrigatória de documentos brasileiros válidos seja um importante instrumento de construção de igualdade de acesso, algo já previsto em lei e sistematicamente ignorado por equipes de saúde e gestores públicos, mesmo quando migrantes racializados - por vezes naturalizados e legalmente brasileiros - moradores das periferias de São Paulo ou de seus interstícios metropolitanos - as divisas nebulosas entre municípios conurbados - possuíam os documentos requisitados, não conseguiam se vacinar, e sem que nenhum registro *oficial* de tais negativas fosse produzido. A universalidade impunha o regramento de acesso baseado na apresentação de documentos, mas sua requisição obedecia critérios territoriais e raciais, impactando sobremaneira sujeitos racializados moradores das periferias - grande parte deles, migrantes negros e indígenas.

“... os lírios não nascem das leis.”²⁸

À exceção de Yolanda, todos os imigrantes cujos casos foram descritos acima se vacinaram nos mutirões realizados pela articulação da sociedade civil estruturada a partir da intermediação do contato entre a Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados e a Associação de Mulheres Imigrantes Luz e Vida realizada pelo Fórum Internacional Fronteiras Cruzadas. Foram realizadas três edições no segundo semestre de 2021: a primeira em 11 de setembro, a segunda em 30 de outubro e a terceira em 27 de novembro. A coordenação da organização ficou sob responsabilidade da Rede, já descrita acima, em parceria com a AMILV,

²⁸ Trecho do poema de Carlos Drummond de Andrade, *Nosso tempo*, 1945.

liderada por Yolanda Palacios e Miriam Guarachi, e o Fórum Internacional Fronteiras Cruzadas, coletivo de brasileiros e migrantes pesquisadores e ativistas dos direitos humanos e dos direitos dos migrantes. Representando a Rede, fui responsável pela interlocução com a Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo de modo a garantir uma equipe de saúde da UBS do território atendido que realizasse vacinação contra a Covid-19 sem a exigência de documentos brasileiros ou comprovantes de residência, além da confecção de cartão SUS a todos os atendidos.



Imagem 12: Mapa do município de São Paulo destacando os três bairros onde ocorreram os mutirões: Lajeado, em 11 de setembro; Cidade Tiradentes, em 30 de outubro; e Guaianases, em 27 de novembro. Elaboração própria.

O primeiro evento foi realizado no bairro de Lajeado, e contou, além da ação de vacinação, com atendimentos de regularização migratória realizados pela Defensoria Pública da União e pelo ProMigra (projeto de extensão da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo), rodas de conversa sobre saúde, serviços consulares do Consulado da Bolívia, e o serviço de Restabelecimento de Laços Familiares da Cruz Vermelha, responsável por localizar e conectar familiares que perderam contato em virtude da migração de membros da família. Foram realizados 200 atendimentos, sendo aplicadas 38 doses de vacina contra a Covid-19, o que corresponde a 19% do público total atendido.

As conversas com a Coordenação de Atenção Básica se iniciaram em 26 de agosto de 2021. A coordenadora determinou que a gerente da UBS Jardim Fanganiello, referência para o território onde o evento seria realizado, alinhasse diretamente comigo os detalhes do evento. Desde o início, a organização do mutirão deixou estabelecido que a ação precisaria ocorrer sem a cobrança de CPF ou de comprovante de residência - nada além do ordenamento legal que rege o atendimento no SUS. Inicialmente, houve acordo, mas em 9 de setembro, dois dias antes do evento, a gerente da UBS comunicou, por meio de mensagem de WhatsApp, que o comprovante de residência seria exigido pois os vacinados deveriam ser moradores da capital paulista, enviando, em sequência, o Instrutivo nº 34 da Prefeitura Municipal de São Paulo, o mais atualizado à época, que tratava sobre a priorização da vacina. “Só não pede comprovante para os acamados”, completou a gerente. Argumentei que esse era um dos principais motivos para que os imigrantes não estivessem se vacinando. Poucos minutos depois, a Supervisora Técnica de Saúde da regional de Guaianases, que coordena a atuação de todas as unidades de saúde do território, me telefonou, e informou que a ação de vacinação seria cancelada pois a UBS registrava falta de doses de vacina. Como forma de reduzir a animosidade e garantir que a vacinação, que já havia sido anunciada, ocorreria, fui à UBS junto à Yolanda, líder da AMILV, para conversar pessoalmente com a gerente. Após nossa conversa, acordou-se que a vacinação ocorreria sem exigência de documentos, mas apenas a 1ª dose seria aplicada como forma de evitar que muitas pessoas comparecessem ao evento para tomar a vacina ao saberem da dispensa da exigência de comprovantes de residência.

A segunda edição do evento ocorreu no bairro Cidade Tiradentes. A equipe de saúde presente era ligada à UBS Nascer do Sol, e, dessa vez, foram aplicadas 29 primeiras e 6 segundas doses, entre um total de 180 atendimentos, o que corresponde a 19,4% dos presentes vacinados. Aproximadamente 83% daqueles que se vacinaram no evento, que ocorreu mais de dois meses após o anúncio da Prefeitura de São Paulo de que toda a população vacinável à época já estava imunizada com ao menos uma dose, estavam iniciando seu ciclo vacinal primário na ocasião.



Imagem 13: Imigrante boliviano aimará toma a primeira dose da vacina contra a Covid-19 no mutirão do distrito de Lajeado, em 11 de setembro de 2021.

O terceiro mutirão ocorreu no bairro de Guaianases, e realizou 112 atendimentos no total. Treze dias antes do evento, em 17 de novembro, o governo do estado de São Paulo havia anunciado o início da aplicação de doses de reforço para adultos vacinados há pelo menos cinco meses, e, portanto, também foram oferecidas no evento. A equipe de saúde da UBS Jardim Soares, referência para o território, vacinou 24 pessoas com a primeira dose, 8 pessoas com a segunda dose

e 1 pessoa com a terceira dose, o que representou 29,5% do público presente no evento - e mais uma vez a maioria dos vacinados no evento o fez com a primeira dose, e, portanto, estavam completamente desprotegidos nos últimos meses de 2021.

No total, foram vacinadas 108 pessoas, o que corresponde a 21,5% do total de migrantes atendidos. 91 dessas pessoas, ou 18,5% do total de atendidos e quase 86% do público vacinado, não havia tomado nenhuma dose da vacina até serem imunizados nos mutirões. É importante ressaltar novamente que o município havia anunciado que toda sua população adulta havia sido vacinada com ao menos uma dose em 17 de agosto, um mês antes do primeiro evento. O anúncio de que toda a população adulta havia completado o ciclo vacinal ocorreu em 25 de novembro, cinco dias antes do último mutirão. Os anúncios, que consideravam a população estimada, cruzando esta estimativa com o número de doses aplicadas, demonstravam, que, entre outros, a população migrante racializada, com ou sem documentos, foi *trancada sob o convés durante a tempestade, ou simplesmente atirada ao mar*. Jogados ao porão e trancados lá, esses migrantes racializados, no entanto, recusavam a morte.

Não se pode apagar, esquecer, ou rememorar algo nunca reconhecido enquanto um acontecimento real. Da mesma forma, não se pode apagar algo nunca registrado. Os migrantes não são invisíveis, pois a invisibilidade é um traço atribuído ao sujeito em questão, e o ato de impor o esquecimento se situa em outro lugar, externo a essas populações. Suas experiências não são apagadas, porque nunca foram registradas. Inicialmente, há a imposição de uma série de requisitos destinados a atestar a *realidade* de determinada experiência - registros oficiais em canais de denúncia majoritariamente desconhecidos pela população interessada, por exemplo -, subsequentemente alocando o restante na seara das alucinações - isto é, uma experiência falsa que aconteceu somente dentro das mentes de pessoas não conectadas com a realidade material dos fatos. Assim, quando a experiência sai do tempo presente, ela não pode ser lembrada como algo que já existiu, pois nunca foi registrada ou reconhecida, mas alucinada. Tomando como exemplo as reflexões produzidas por Gagnebin (2010) sobre a ditadura militar para engendrar a noção de esquecimento forçado, quando o Estado brasileiro tortura, seja durante a ditadura militar ou em tempos democráticos, ele não nega a existência da tortura, nega que o sofrimento imposto ao torturado seja prejudicial, ou algo a ser evitado. A tortura não

é algo a ser apagada, mas suas razões são objeto de disputa, e o Estado impõe o esquecimento a aspectos específicos da história como forma de extorquir a anistia para suas ações ilegais. Assim, os torturados tornam-se terroristas comunistas, traficantes, ladrões, e criminosos em geral, sendo merecedores do que lhes é imputado - uma transformação da *realidade* do fato. A pandemia engendrou o mesmo mecanismo: quando há um esquecimento imposto pela falta de reconhecimento e registro dessas experiências, é aceitável celebrar as mortes de pessoas não vacinadas consideradas negacionistas, não como pessoas vulnerabilizadas a quem direitos foram negados por não serem elegíveis ao universal.

Dessa forma, a recusa ao esquecimento imposto, por meio da articulação de movimentos de resistência, torna possível o registro das experiências dessas pessoas enquanto *realidade*, não enquanto fato político imaginado a ser prontamente desconsiderado. O envolvimento do poder público nos termos em que ele próprio coloca, balizado por suas leis, instrumentos normativas e portarias, resulta de esforço ativo dos movimentos migrantes contra uma estrutura capaz de alocar as percepções de mundo incômodas ao poder na esfera do alucinatório. Como afirma Gagnebin:

“Parece haver uma correspondência secreta entre os lugares vazios, os buracos da memória, esses brancos impostos do não dito do passado, e os lugares sem lei do presente, espaços de exclusão e de exceção, mas situados dentro do recinto social legítimo, como se somente a inclusão da exceção pudesse garantir a segurança da totalidade social. O preço do silêncio imposto a respeito do passado não é ‘só’ a dor dos sobreviventes: também se paga por nossa resignação e impotência.” (Gagnebin, 2010, p. 186)

Se o silêncio sobre os mortos do passado nos acostuma a silenciar sobre os mortos de hoje, é preciso passar da resignação não apenas à indignação, mas a uma resistência efetiva destinada à sabotagem dos mecanismos ativos de apagamento, que, embora possam, por vezes, ter ação retroativa, como nos casos das reconciliações extorquidas promovidas por ditaduras, se desenrolam no momento presente e tornam alvos as populações a serem esquecidas no presente, de forma que os ecos de suas existências, sofrimentos e demandas não repercutam. Suas demandas, no entanto, não são apagadas, já que sequer foram registradas.

Esses mecanismos são multifacetados, atuando, por um lado, de maneira a negar reconhecimento de existência às populações a quem o Estado deseja esquecer que existem, e, por outro, de maneira a, uma vez reconhecida a existência, desatender suas demandas para que o reconhecimento não aconteça nos termos em que a própria população deseja ser tratada. O próximo tópico destina-se a esmiuçar como a noção de universalidade do sistema de saúde torna-se, por vezes, parte desse mecanismo de esquecimento imposto.

Entre a universalidade e a equidade: breve remissão, e disputas sobre o SUS

Outra ação organizada durante a pandemia foi a 1ª Plenária Nacional sobre Saúde e Migração em Tempos de Covid-19. Com o objetivo de ser um espaço de escuta e debate entre populações imigrantes, profissionais e gestores de saúde, pesquisadores e ativistas, a 1ª Plenária foi articulada por organizações da sociedade civil como forma de combater “a sistemática invisibilização e silenciamento das populações migrantes residentes no país, em especial daquela parcela que encontra-se indocumentada ou irregular” (Plenária, 2021). Foram cinco etapas regionais, uma para cada macrorregião do país, entre junho e julho, seguidas pela etapa nacional, realizada em agosto.

O processo de organização do evento iniciou-se em janeiro de 2021 em conversas realizadas entre a Comissão de Saúde da Central Única dos Trabalhadores e a Rede. Seguiu-se, então, uma série de reuniões preparatórias e de mobilização com organizações, ativistas e acadêmicos com o objetivo de engajar atores de todas as partes do país. As ações desenvolvidas nas Plenárias são de interesse para o argumento central deste trabalho enquanto *política antiporão*, e serão apresentadas de maneira mais detida no próximo capítulo. Aqui, o foco será direcionado a dois episódios ilustrativos do embate entre os paradigmas da universalidade e da equidade que fundamentam o sistema público de saúde brasileiro, um deles ocorrido nas reuniões preparatórias, e outro ocorrido na plenária final da etapa regional Sul.

O primeiro episódio aconteceu na reunião de lançamento da organização da Plenária, realizada no dia 5 de março de 2021. Mais de 30 organizações

participaram, e a primeira fala foi de um médico epidemiologista que representava um dos movimentos sociais que compunham a Comissão de Organização.

“Eu queria trazer aqui meu conjunto de impressões iniciais. É preciso sempre colocar a relação entre as necessidades da população nacional e as populações migrantes, pois precisamos ter no horizonte a perspectiva da não discriminação. A Plenária é bem vinda, desde que não resulte na criação de serviços separados, ou na criação de **privilégios de atendimento para os migrantes**, até porque isso poderia resultar na dificuldade de realização de alianças, de tornar um público que poderia nos ser aliado em um público hostil. Qual o tamanho que o SUS tem que ter para atender todo mundo? Aliás, muita gente fala em equidade, mas o que está previsto constitucionalmente é que o SUS é igualitário, e não equitativo.” Registro de campo, 05 de março de 2021, ênfase minha.

É preciso ressaltar que há diferença entre propor uma política específica de saúde para populações migrantes, a exemplo do que ocorre com a população negra, e propor a criação de um subsistema de saúde, a exemplo do que ocorre com os povos indígenas brasileiros. Tal proposição já foi recusada no Brasil por movimentos de imigrantes (Yujra, 2020), em especial porque o horizonte desse tipo de discriminação positiva apontava à guetização, com unidades e equipes de saúde separadas das utilizadas pela população geral, além de uma grande susceptibilidade ao baixo financiamento e cortes orçamentários.

Ademais, é preciso considerar que a perspectiva do direito escasso, que advoga que quanto mais pessoas tiverem determinado direito garantido, menos direito haveria para ser acessado, está presente, a despeito do fato de que garantir a expansão do acesso ao SUS aos migrantes assegura, a reboque, também uma expansão do acesso ao sistema público de saúde pelos nacionais. Um exemplo seria a dispensa da exigência de comprovantes de residência, demanda política apresentada no capítulo anterior, que beneficiaria os milhares de migrantes moradores das ocupações irregulares e residentes sob contratos informais de aluguel e de trabalho, mas também ampliaria o direito de acesso às vacinas contra a Covid-19 a milhares de brasileiros que vivem sob as mesmas condições. O caso de Samuel, apresentado no capítulo anterior, é emblemático, já que, para todos os efeitos, ele era cidadão brasileiro, e, como tal, portador de documentos brasileiros. Ainda assim, teve seu direito à vacina negado pela falta de comprovante de residência formal, e foi atirado ao oceano em meio à tempestade ao ser forçado a retornar ao trabalho presencial mesmo assim.

Outro exemplo seria o do povo indígena Warao, da Venezuela, que não foi incluído entre os grupos prioritários para a vacinação durante a pandemia - exceto em casos específicos, como nos estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Norte -, ainda que as populações indígenas brasileiras aldeadas fossem consideradas prioritárias. Isso só ocorreu porque eram povos migrantes e, portanto, não aldeados. Além disso, durante a Plenária, indígenas Warao reivindicaram o direito de serem atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Este subsistema é exclusivo para indígenas brasileiros aldeados, e precisa garantir assistência à saúde de maneira intercultural, atuando, ao menos em teoria, em conjunto aos saberes tradicionais indígenas. Assegurar que o povo Warao possa ser atendido por esse subsistema de saúde ou que pudesse ser considerado grupo prioritário para a vacinação contra a Covid-19, ainda que não fossem aldeados, garantiria que indígenas brasileiros que vivem nas cidades também tivessem o acesso garantido ao subsistema - e que fossem, portanto, reconhecidos como indígenas pelo Estado brasileiro mesmo morando em centros urbanos - e à vacina contra a Covid-19 de maneira prioritária.

A pajé Iamony Mehinako, do povo Yawalapiti, morreu em 25 de maio de 2021 por complicações da Covid-19. Iamony havia tomado a primeira dose da vacina, pois passou a primeira parte do isolamento da pandemia em sua aldeia. Com a chegada do vírus no Xingu, seus filhos decidiram levá-la para a casa da família na cidade, onde a equipe do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) se recusou a vaciná-la - apenas indígenas que viviam em territórios homologados foram considerados prioritários. Por esse motivo, Iamony não tomou a segunda dose, foi infectada e sucumbiu. O governo federal, aliás, só contabilizava infecções e mortes de indígenas por Covid-19 em suas bases de dados se elas fossem de indígenas aldeados, desconsiderando os contágios e mortes daqueles vivendo em cidades - como se não fossem indígenas por estarem em contexto urbano, e diluindo as mortes dessas pessoas nos dados gerais.

É necessário também compreender a distinção realizada pelo médico entre o que se chama de acesso igualitário e acesso equitativo ao SUS. A garantia de “acesso universal e igualitário” ao SUS, presente no artigo 196 da Constituição Federal, pressupõe isonomia formal entre seus usuários. Em outras palavras, todos devem ser tratados de maneira *idêntica pela lei*, “deixando-se para o princípio da equidade aquilo que, em Teoria do Direito, corresponderia à noção de igualdade em

sentido material ou substancial” (Sarlet e Figueiredo, 2014, p. 140). Assim, é possível compreender que não são princípios mutuamente excludentes, mas antes complementares, já que as desigualdades regionais, sociais, raciais, as assimetrias de poder e outras tantas justificam a adoção de políticas de discriminação positiva de maneira a mitigá-las. Além disso, a perspectiva da isonomia formal desconsidera fatores históricos, materiais, culturais, políticos e sociais que condicionam e determinam as desigualdades, retirando, em teoria, o conteúdo político da noção de igualdade para tratá-la como um conceito técnico - e, como tal, politicamente neutro -, e formal, onde a igualdade nunca será plenamente efetivada, já que os lírios não nascem das leis.

Em outras palavras, a universalidade não deve ser compreendida enquanto a imposição de regramentos *idênticos* para o acesso ao SUS pelos usuários, já que determinados grupos sociais vulnerabilizados estão em condição - imposta - de desigualdade no que diz respeito à capacidade de cumprir esses regramentos. Aplicar a ideia de isonomia formal enquanto sinônimo de universalidade significa, na realidade, *amputar a capacidade do sistema de ser universal*, já que a garantia de acesso universal passa necessariamente pela adoção de um ordenamento que privilegie o acesso equitativo, especialmente em um sistema cioso da consideração das desigualdades que permeiam os contextos dos quais ele faz parte. Não há universalidade se aplicarmos apenas a ideia de isonomia formal, *pois as pessoas têm capacidades desiguais de cumprir os requisitos de acesso*.

O outro caso ocorreu no dia 29 de junho, no encerramento da Etapa Regional Sul da Plenária Nacional Saúde e Migração. Todas as atividades foram autogestionadas, e, ao fim, os proponentes das atividades se incumbiam de formular três propostas para serem discutidas na plenária de encerramento. Duas propostas suscitaram um debate semelhante ao apresentado acima: uma, se destinava a organizar fluxos e protocolos das redes de atendimento do e para o migrante, inserindo-o nas redes existentes do SUS, SUAS e demais políticas; e outra propunha a produção de levantamento sobre o acesso de migrantes e refugiados às políticas sócio-assistenciais e de habitação, especificando a nacionalidade dos sujeitos que acessam ou tentam acessar essas políticas, de maneira a não diluí-los nos dados gerais. Um antropólogo, presente no evento, tomou a palavra após a apresentação da primeira proposta.

“A gente tem que pensar que a saúde é um direito universal, eu vou partir desse princípio. O problema é que a saúde para o brasileiro já é de difícil acesso. Quer dizer, nós temos um problema de acesso à saúde no país, né? Então, a gente tem que procurar, e aí eu estou tentando pensar junto com vocês, mecanismos para facilitar o acesso, **mas não criar privilégios para a população imigrante**, se é que vocês me entendem. (...) Eu estou querendo dizer mecanismos que facilitem o acesso sem que pareça que a gente está privilegiando em detrimento das populações locais que também têm dificuldade de acessar e de serem acolhidos pelo sistema de saúde.” Registro de campo, 29/06/2021, ênfase minha.

As propostas foram suspensas, tendo os participantes entrado inicialmente em acordo de debatê-las novamente na etapa nacional do evento. No entanto, após a apresentação da segunda proposta descrita acima, o antropólogo novamente se posicionou.

“Eu fico muito preocupado quando a gente cria mecanismos com relação à população migrante, porque é um tema bem sensível, né? A gente vê o exemplo de outros países que procuram evitar formas de estigmatização da população migrante, ou mesmo estudos que identificam questões relacionadas à saúde e ao adoecimento a determinadas nacionalidades. (...) De que forma a gente poderia fazer esses mecanismos de inserção dos migrantes nos serviços, ou de acesso deles aos serviços, eles pudessem trazer os migrantes a uma condição de igualdade de acesso com relação às populações locais, mais do que propor protocolos específicos de atendimento, que eu acho que a gente corre um risco de exotizar ou estigmatizar ainda mais essa população. (...) É, vejam bem, eu falo isso aqui, acho que todo mundo aqui tá com a melhor das intenções, e quer pensar em alternativas e políticas que sejam mais eficazes na atenção aos imigrantes. Não é nada contra isso o que eu falo aqui. É que há um condicionamento histórico que é precedente à discussão sobre saúde e migração, que é justamente o fato de se identificar ou não a nacionalidade como fins de estudo, e de determinação de casos ou de incidentes de violência, ou incidência de doenças com relação a pessoas, ligadas à nacionalidade do país de origem. (...) Agora a gente tá sofrendo isso, né? Vejam bem, a pandemia, se identificou uma variante brasileira, a gente não pode, **pesquisadores brasileiros** não podem entrar na França. Olha isso, não é? A gente tá vivendo isso, é hoje. A gente tá vivendo hoje uma identificação de um possível brasileiro portador de doenças que todos os brasileiros são proibidos de entrar na França em função da associação dessa variante ao corpo do brasileiro. (...) Então, me preocupa quando numa Plenária a gente discuta questões de identificar nacionalidade e associar o problema, seja de doença...” Registro de campo, 29/06/2021, ênfase minha.

Antes de mais nada, é preciso frisar a semelhança com o posicionamento anteriormente apresentado: subsiste a ideia de que endereçar as desigualdades de acesso da população migrante criaria, de alguma forma, privilégios a estes em relação aos brasileiros. O SUS, afinal, é limitado para todos, nacionais ou migrantes, e facilitar o acesso para o último grupo - e, é preciso que se diga, essa proposta só está colocada em virtude da identificação de desigualdades de acesso em relação aos nacionais, em especial àqueles mais racializados enquanto brancos e mais abastados - significaria privilegiá-lo, não colocá-lo em condição de igualdade aos demais. Esta formulação só é possível quando se considera existir igualdade plena de condições anterior ao debate sobre a garantia de acesso que permite o estabelecimento daquilo que chamamos acima de isonomia formal.

Além disso, o antropólogo chama a atenção sobre os riscos derivados da identificação das nacionalidades de migrantes nos dados de saúde sob pena de acirrar estigmatizações, discriminações e racismo. É preciso que se diga que essa é uma preocupação válida, e, de fato, a associação entre imigração e transmissão de doenças, fenômeno amplamente registrado pela literatura sobre saúde e migração, e, como ele próprio frisou, tendo ocorrido inclusive durante a pandemia. Dividirei, entretanto, a análise em três partes de maneira a tornar a compreensão mais abrangente.

Primeiramente, é preciso colocar sob escrutínio a ideia de que identificar a população atendida simultaneamente ataca o princípio da universalidade e funda as expressões de racismo e discriminação. O argumento de que a diferenciação pode ferir o princípio da universalidade é diretamente tributário a uma perspectiva assimilacionista que postula que a igualdade formal entre os sujeitos diante da coisa pública deriva necessariamente do aplainamento ou da supressão das diferenças que constituem determinado conjunto social. Assim, a igualdade almejada pela República só poderia vir por meio da assimilação da diferença e dos diferentes, orientada pela construção de um arquétipo de cidadão que deveria balizar tal igualdade - falar a língua, ter determinada cor de pele ou fenótipo, comungar de uma mesma fé religiosa, ter documentos válidos, etc. No Brasil, esse discurso é fortemente informado pela ideia de “um só povo, uma só língua e uma só raça para uma só nação”, que orienta, entre outros, o rechaço às pautas de movimentos negros e indígenas pela identificação e diferenciação como forma de resistir às políticas coloniais de extermínio. Não ao acaso, o principal expoente do fascismo

brasileiro da atualidade, Jair Bolsonaro, frequentemente aciona este discurso como forma de referendar seu combate às diferenciações que, sob essa perspectiva, procuram dividir povo e território brasileiros, servindo, inclusive, para embasar a suspensão das políticas de reparação às populações indígenas e negras (Waltenberg, 2020).

Em contextos de saúde, é amplamente conhecida a luta dos movimentos negros brasileiros pela identificação como forma de subsidiar, por um lado, as denúncias por violações de direitos e violências sofridas pelas populações negras no SUS, e, por outro, a construção de políticas de promoção de saúde específicas para a realidade dessas populações. Assim, estudos que apontam uso de menos anestésicos nos partos de mulheres negras (Leal et al., 2017); que mulheres negras apresentam menores chances de passar por consultas ginecológicas e de pré-natal completas (Miranda, 2015); que homens e mulheres negros são menos tocados em consultas e exames clínicos (Carneiro, 2017); e, como citado anteriormente, que negros foram sobrerrepresentados nas mortes pela Covid-19, dado disponível após intensa mobilização pela inclusão do campo “raça/etnia” nos formulários de notificação da doença (Santos et al., 2020), só são possíveis por meio da identificação, que *não funda o racismo, mas o torna visível*.

A segunda parte do argumento diz respeito à indiferenciação interna dos grupos migrantes. Não é possível identificar as iniquidades e respondê-las tratando “migrantes” enquanto um bloco monolítico e internamente indiferenciado. Proceder dessa forma não protege contra a discriminação, a xenofobia e o racismo, ao contrário: tal postura é ela mesma discriminatória, já que trata sob a mesma rubrica populações com línguas, origens e culturas profundamente diversas entre si. Assim, em primeiro lugar, como é possível “identificar as desvantagens” relativas ao acesso da população migrante ao SUS sem identificá-las enquanto não-nacionais, e, em segundo lugar, como construir políticas que garantam que o acesso será, de fato, universal tratando grupos diversos entre si como se fossem idênticos? Com exemplos práticos, de que maneira é possível garantir a presença de intérpretes de lingala e *kréyol* em serviços de saúde, ou mesmo a quantidade de intérpretes a serem disponibilizados em cada território sem saber como se dá a territorialização das populações democrático-congolesas, angolanas e haitianas, por exemplo? Como produzir materiais informativos sobre a vacinação contra a Covid-19 em diferentes línguas sem esses dados? É possível contratar Agentes Comunitários de

Saúde (ACS) migrantes sem considerar seus países de origem e as línguas faladas? Contratar um ACS camaronês, por exemplo, para lidar com uma comunidade haitiana, como se fossem todos iguais, não é uma postura problematicamente racista? Quais são os efeitos disso para o acirramento do racismo e da xenofobia em contextos de saúde?

Por fim, é preciso abordar o argumento do antropólogo no que tange à proibição de circulação derivada das medidas sanitárias adotadas em razão da pandemia. A proibição da entrada na França por todo e qualquer brasileiro em virtude da identificação de uma “variante brasileira” é, de fato, expressão do racismo e xenofobia coloniais globalmente difundidos, e que encontrou na pandemia uma oportunidade para institucionalizar a restrição aos fluxos de imigrantes considerados indesejáveis e a securitização das fronteiras - a intensificação da produção de porões. No entanto, o choque vem predicado: se antes era apenas a massa indistinta de migrantes indocumentados, irregulares, *ilegais* que eram proibidos de circular, agora os *pesquisadores* não podem entrar na França. Os símbolos, diz Roy Wagner (2017), podem representar-se a si mesmos, e as palavras não são detalhes - em especial pois identificam na mesma medida em que diferenciam. Não é qualquer corpo brasileiro cuja imobilidade forçada incomoda, senão aquele que possui classe, raça e gênero desacostumados a serem alvos dessas medidas, e descobrem-se repentinamente enquanto habitantes do porão ao lado de quem enxergam como menos humanos. A não identificação desse corpo brasileiro pode levar a crer que são todos iguais, e, como sabemos, não são. Para que sejam, é preciso identificar e reconhecer as diferenças, para então responder às desigualdades que se estruturam a partir desses processos de diferenciação.

Considerações finais: Viva o SUS! Viva a ciência!

Durante grande parte da campanha de vacinação contra a Covid-19, as palavras de ordem que compõem o título dessa seção foram corriqueiramente acionadas por aqueles que se contrapunham ao que se convencionou chamar de negacionismo de agentes de Estado em relação às medidas de contenção da pandemia e de mitigação de seus efeitos devastadores, entre eles o então

presidente da República. A celebração do Sistema Único de Saúde, e, a reboque, das pesquisas científicas que permitiram o desenvolvimento de instrumentos de intervenção terapêutica capazes de combater o vírus, no entanto, passou ao largo da consideração daqueles deixados para trás em uma pandemia eminentemente múltipla e atravessada por diferenças e desigualdades de várias ordens. A campanha de vacinação, ao contrário de representar um alento, demonstrou, na realidade, que uma vez que as pessoas sentiram-se suficientemente seguras, a segurança dos outros já não importava tanto (Gonsalves, 2022).

Neste capítulo, busquei argumentar que a indocumentação teve efeito limitado sobre as dificuldades de acesso ao direito à vacina por migrantes durante a pandemia, apontando que mesmo migrantes que possuíam documentos - e que por vezes eram, para todos os efeitos, legalmente brasileiros - não conseguiam se vacinar. Assim, processos de racialização foram mais determinantes que a indocumentação para definição de quem seria elegível para o acesso ao universal no contexto do SUS.

Além disso, as tensões entre os princípios da universalidade e da equidade observada frequentemente nos discursos de brasileiros face às demandas de estruturação de determinadas ações de promoção de saúde específicas para as populações migrantes demonstram como a noção de equidade é frequentemente tomada como criadora de privilégios em um contexto de escassez de direitos, ameaçando a universalidade. Aqui, universalidade é considerada simultaneamente como a existência de um substrato comum que confere status de humanidade a todos - ainda que não a *todos* -, e como igualdade de tratamento perante a lei e à coisa pública. Assim, qualquer ação que se proponha a criar diferenças de tratamento é percebida como um ataque à própria noção de igualdade sobre a qual esta concepção particular de universalidade está apoiada, ainda que se tratem de ações com o objetivo de mapear e mitigar as desigualdades que constituem os contextos onde o SUS está inserido. Os paradigmas da universalidade e da equidade são, sob essa perspectiva, considerados antes como mutuamente excludentes do que como complementares.

Procurei demonstrar também como o esquecimento imposto pelo Estado, parte da *política do porão*, se articula por meio de um apagamento frequentemente travestido de princípios tributários ao universalismo que advoga que a igualdade, chamada aqui de isonomia formal, deve ser absoluta e inegalizável, ainda que

diante de desigualdades - assimetrias de poder calcadas na configuração colonial do mundo, no neoliberalismo, no patriarcado, na supremacia branca e na colonialidade - que tornem este horizonte virtualmente inalcançável. Assim, é precisamente por meio da defesa da universalidade inequalizável que se constrói a impossibilidade de que o acesso a determinados direitos sejam universais. A sistemática recusa de agentes do Estado e especialistas em mapear ou debater sobre a capacidade do sistema de saúde em responder à presença da heterogeneidade e as desigualdades de acesso derivadas desta recusa compõem o que chamo de mecanismos de apagamento, destinados à imposição de esquecimento e ao impedimento de determinadas memórias, ou à alocação de fatos políticos incômodos na seara das alucinações (Branco-Pereira, 2021; Gonzalez, 1984).

O SUS é e deve ser heterogêneo de forma a responder aos múltiplos contextos em que está inserido. Não existe universalidade possível sem equidade em razão da incapacidade de determinados grupos de responder aos regramentos impostos para o acesso. Nesse sentido, as lutas das comunidades migrantes e de ativistas brasileiros registram a demanda por políticas equitativas de acesso e de garantias de direitos, e aterram as exigências políticas dessas comunidades, trazendo-as do intangível para a arena concreta da feitura das políticas públicas. A imposição do esquecimento sobre os sofrimentos motivadores dessas demandas políticas perde, assim, sua eficácia imediata, ainda que sejam forças completamente assimétricas envolvidas nessas disputas. Ainda assim, se o preço do silêncio imposto também é pago pela resignação e impotência, as reverberações da recusa da imposição ao esquecimento compõem a própria substância das nossas possibilidades de vida e de existência. Do contrário, a memória, impedida, será apenas uma alucinação diante da versão oficial - aquilo que se tornará, então, a *realidade*.

Capítulo 4 - “Não temos tempo de temer a morte”: o fim do mundo como oportunidade para uma política antiporão

“Aí fui estudar Palmares, fui estudar Canudos, Caldeirão, Pau de Colher, eu fui estudar a nossa trajetória. E eu fui estudar nossa trajetória, a nossa trajetória que venceu. Eu não vou estudar a derrota. Por que que eu vou falar de chicotada no corte de cana? Por que eu vou falar de pelourinho? Por que que eu vou falar... não, eu vou falar da capoeira, eu vou falar do candomblé, eu vou falar da umbanda, eu vou falar do jucá, eu vou falar do congada, eu vou falar do jongo, eu vou falar de nós ganhando... porque falar de nós perdendo, eles já falam.” Antônio Nêgo Bispo, trecho postado no perfil @apamelacarvalho, Instagram. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/C0SkuGIJgGq/>>. Acesso em 07 de dezembro 2023.

Era início de julho de 2023, e milhares de pessoas circulavam pelos corredores do Centro Internacional de Convenções do Brasil (CICB). Localizado em um enorme terreno próximo ao Lago Paranoá, em Brasília, o complexo sediava a 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS), maior evento participativo de construção de políticas públicas do Brasil, e um dos maiores do mundo. Pela primeira vez na história, uma delegação migrante, composta por cinco delegados eleitos na 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes (1ª CNLSPM) - Garry Ulysse, do Haiti, Yelitzza Lafont, Éfren Villalba e Alberto Navarro, da Venezuela, e Diego Cruz, do Equador - participaria de uma conferência nacional de saúde, defendendo as 4 diretrizes e 20 propostas aprovadas na 1ª CNLSPM. Um dos conselheiros nacionais de saúde, ligado a movimentos pastorais de migrantes, reuniu os delegados em frente ao hotel, localizado aos fundos do mesmo terreno onde o evento ocorria. Ao certificar-se de que todos o ouviam, ele começou a falar:

“Pessoal, eu queria conversar algo com vocês. Nós viemos aqui para aprovar nossas propostas. Vocês vão ter o tempo de trabalho de vocês nos GT's [grupos de trabalho], defendam as propostas se alguém sugerir supressão total. Mas é muito importante vocês entenderem que nos momentos de plenária aberta, com todo mundo, é melhor vocês não falarem. O movimento dos migrantes é um movimento afetivo no Conselho [Nacional de Saúde], muito querido, **não é pra enfrentamento**. Então, não

falem. É melhor não falar.” Conselheiro. Registro de campo, 2 de julho de 2023, grifo meu.

Os relatos que se seguem me foram descritos pelos delegados, já que eu não estava presente e não os acompanhei. Horas mais tarde, a delegação assistia à primeira plenária do evento junto ao mesmo Conselheiro. Quando abriram as inscrições para as falas, os delegados Garry Ulysse e Alberto Navarro saíram correndo para tentar subir ao palco e falar. Garry conta que, diante disso, o Conselheiro indicou que preferia que Alberto falasse. Ele, incomodado com discursos majoritariamente proferidos por pessoas brancas, decidiu ignorar a orientação. Os seguranças próximos ao palco tentam impedir Garry de subir. Ele, então, apontou o racismo da conduta, e foi, enfim, chamado para falar, desagradando ao Conselheiro.

“Então, quando as pessoas tavam subindo lá no palco pra fazer uma fala, todas as pessoas que estiveram ali são brancos! Brancos! Não teve nenhum preto, entendeu? E nenhum imigrante também. Assim, quando eu vi isso, eu levantei e falei ‘eu vou’. Eu vou porque mulheres pretas tava na fila implorando, entendeu? Não dá oportunidade... Eu cheguei, eu falei ‘eu vou, eu vou, eu vou’, e quando eu fui fazer uma fala, sempre falando que tá ‘dando oportunidade, dando oportunidade’, mas eles sempre que tá na frente, entendeu? Não adianta, falando pra gente, mas é importante que a gente fala, que a gente que sente na pele, a gente que tá no meio, que tá passando pelas coisas. Agora, não tem nenhum homem preto, nenhuma mulher preta, nenhum imigrante... Então isso não pode ser assim, depois vai falar sobre a democracia? Quando eu fiz essa fala, um dos seguranças que tava ali falou ‘me dá seu crachá’. Eu entreguei meu crachá, e eu fui chamado, entendeu? (...) Ele [Conselheiro] achou ruim porque o outro menino, Alberto, tava na frente também porque ele pediu para o Alberto ir. Ele não falou comigo, assim, percebo que ele não tava concordando pra mim ir, ele pediu pra Alberto ir. Como a maioria era branca mesmo, entendeu, todo mundo era branco... Aí quando o Alberto não conseguiu me passar, e eu consegui através da minha fala que eu fiz, e eu subi. Aí depois disso, eu ouvi uma fala da galera que tava comigo dizendo que eu tenho que formalizar, não sei o quê, e ele [Conselheiro] não conversa mais comigo, entendeu? Ele pegou o Diego num outro lado pra conversar, ele não fala comigo, entendeu? Não sei porque justamente, mas eu cobreji, entendeu?” - Garry Ulysse. Registro de campo, 29 de novembro de 2023.

O embate entre os delegados e o Conselheiro, que será abordado de maneira mais aprofundada à frente, explicita o cerne deste capítulo. Se, por um lado, a exigência do silêncio dócil e submisso expõe a lógica do humanitarismo-dádiva - i.e.,

a espera desse silêncio enquanto uma contradádiva em retribuição às dádivas humanitárias dos serviços de auxílio aos migrantes (Branco-Pereira, 2019, 2020) -, por outro, a postura insubmissa de Garry e de outros delegados determinam a reformulação inapelável da relação: uma *política antiporão*, a exemplo de Mama Mwewa, Hortense Mbuyi, James Lalane, Yolanda Palacios e Miriam Guarachi, descritos nos capítulos anteriores. A recusa à clausura passa, inclusive, pela verbalização de que existe o conhecimento dos termos da relação anterior: não é aceitável falar que “tá dando oportunidade” se é “sempre eles lá na frente”. Nas palavras de Lélia Gonzalez, “o lixo vai falar, e numa boa” (1984, p. 225). Diante da indocilidade e da ingratidão, o Conselheiro rompe a relação e deixa de falar com Garry, frustrado com a tentativa mal sucedida de criar e trancar o porão.

Entre 2021 e 2023, dois eventos de abrangência nacional foram organizados com o objetivo de se debater a garantia de acesso, pelas populações migrantes, ao direito à participação popular na elaboração de políticas públicas de saúde e ao controle social na execução dessas políticas, assegurado pelo artigo 198 da Constituição Federal, e pela Lei nº 8.142/90 (Brasil, 1988, 1990). Em 2021, ocorreu a 1ª Plenária Nacional “Saúde e Migração em Tempos de Covid-19”, já mencionada, e em 2023, a 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes, que integrou o processo de participação popular na elaboração de políticas públicas de saúde atrelado à 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS).

Neste capítulo, descrevo de maneira sucinta como os eventos ocorreram, as principais discussões e os conflitos que emergiram. Aponto também para os limites desses mecanismos de democracia participativa, como no exemplo trazido no início do capítulo, e na tentativa de domesticação, pelo Estado, das demandas políticas desses movimentos, transformadas em propostas e diretrizes capazes de embasar políticas públicas, mas frequentemente ignoradas e desconsideradas para que não produzam efeitos práticos imediatos. Advogo que a *política antiporão* ocorre por meio da insubmissão diante da tentativa da construção de tutela sobre os migrantes, suas falas, atuações políticas e sobre a forma como vêem suas próprias vidas, rompendo com a lógica de humanitarismo-dádiva e exigindo direitos, não caridade cristã. Por fim, finalizo apresentando como o mecanismo de neutralização do potencial transformador da participação popular na elaboração de políticas públicas pode ocorrer. Antes de prosseguir, no entanto, farei uma breve remissão sobre a participação popular no SUS.

Participação popular no SUS

Como vimos anteriormente, a criação do SUS trouxe a previsão da universalização da assistência à saúde no Brasil. Além disso, também ficou estabelecido que a participação da comunidade na formulação de políticas públicas de saúde, e o controle, por parte da sociedade, das ações e dos orçamentos de saúde dos governos municipais, estaduais e federal seria um de seus princípios organizativos. Antes mesmo de ser a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente a participação popular como um princípio (Rolim et al., 2013), fato regulamentado pelas Leis nº 8080 e 8.142, ambas de 1990 (Brasil, 1990a; 1990b), o próprio SUS surge das deliberações de um fórum participativo. É a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o culminar de uma década e meia de mobilizações, que lança as bases para a criação do SUS, como vimos no capítulo 2. Se as Conferências Nacionais existem desde a era Vargas, quando eram realizadas apenas entre representantes de governos estaduais, municipais e federal, a participação popular ou comunitária no SUS é um mecanismo muitíssimo mais recente, portanto.

O Estado brasileiro prevê modalidades limitadas de participação popular na saúde. Ela se dá por meio de três mecanismos principais: os conselhos gestores de unidades de saúde, os conselhos de saúde, e as conferências de saúde. Os conselhos gestores de unidades de saúde são órgãos colegiados compostos por representantes dos gestores, trabalhadores e usuários das unidades de saúde. Qualquer unidade de saúde, das unidades básicas aos hospitais, pode ter um conselho gestor, cuja função é atuar no planejamento das ações a serem desenvolvidas pela unidade. Eles são permanentes e deliberativos, isto é, não podem ser desfeitos uma vez criados, e têm poder decisório sobre as ações da unidade de saúde, inclusive sobre seu orçamento. Alguns municípios, como São Paulo, têm leis que determinam a criação de conselhos gestores em todas as unidades e supervisões técnicas de saúde divididas por territórios (São Paulo, 2002), embora grande parte das unidades de saúde do país não possuam conselhos gestores. A composição deste conselho deve sempre respeitar a divisão tripartite para a sua conformação (trabalhadores, gestores e usuários), e comumente segue a

seguinte proporção em sua constituição: 25% de trabalhadores, 25% de gestores e 50% de usuários.

Os conselhos de saúde fazem parte do ordenamento do SUS, e foram criados em todas as esferas administrativas pela Lei nº 8.142/90 (Brasil, 1990b). Eles também possuem caráter permanente e deliberativo, e são os responsáveis pelo planejamento, avaliação e fiscalização de ações e políticas de saúde nos municípios, estados e a nível nacional, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. São compostos por representantes dos governos, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Eles também são os responsáveis pela convocação e organização das conferências de saúde. Todos os conselhos devem respeitar a divisão tripartite para a sua conformação, cabendo à administração pública definir quais entidades ocuparão 25% das vagas, destinando mais 25% aos trabalhadores e 50% aos usuários do território.

O Conselho Nacional de Saúde possui metade de seus assentos destinados a representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS. Outros 25% das vagas são destinadas a representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área da saúde, e os 25% restantes das vagas são distribuídas da seguinte forma: seis cadeiras para o governo federal, uma para representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), uma para representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), duas para representantes de entidades prestadoras de serviços de saúde, e mais duas para representantes de entidades empresariais com atividades na área da saúde (Brasil, 2006).

É importante que se diga que as candidaturas para cadeiras nesses conselhos geralmente são feitas por organizações, e não cidadãos comuns, de forma a privilegiar iniciativas coletivas e verdadeiramente representativas. No entanto, é comum que organizações com maior estrutura e capacidade financeira se sobressaiam, ocupando cadeiras em diversos diferentes conselhos - a CUT, por exemplo, possui cadeira em diversos conselhos municipais e estaduais de saúde, além de ocupar cadeira na mesa diretora do Conselho Nacional de Saúde. Ele possui 48 cadeiras, sendo 24 destinadas a usuários, renovadas a cada 3 anos. Atualmente, elas são ocupadas pelas seguintes organizações:

Tabela 3: Lista de organizações titulares e suplentes com cadeira no Conselho Nacional de Saúde no segmento usuário

Titular	1º Suplente	2º Suplente
Pastoral da Saúde Nacional	Pastoral da Pessoa Idosa (PPI)	Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde (RENAFRO)
Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras (SUPERANDO)	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC)	Bioered Brasil
Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+ BRASIL)	Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP)	Articulação Nacional de AIDS (ANAIDS)
Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB)	Federação Nacional das APAES (FENAPAES)	Associação de Diabetes Juvenil (ADJ)
Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB)	Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST)	Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB)
Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)	Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)	Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)
Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN)	Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV)	Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA)
Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL)	Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL)	Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL)
Força Sindical (FS)	União Geral dos Trabalhadores (UGT)	Força Sindical (FS)
Federação Nacional das Associações Pestalozzi (FENAPESTALOZZI)	Associação Brasileira de Autismo (ABRA)	Associação Brasileira de Autismo (ABRA)
União Brasileira de Mulheres (UBM)	Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RNFS)	Confederação das Mulheres do Brasil (CMB)

Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR)	União Nacional LGBT (UNA-LGBT)	Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL)
Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG)	Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF)	Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF)
Movimento Nacional População de Rua (MNPR)	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS)	Central de Movimentos Populares (CMP)
Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical (SINDNAPI)	Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COBAP)	Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT)
Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB)	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB)	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB)
Central Única dos Trabalhadores (CUT)	Central Única dos Trabalhadores (CUT)	Central Única dos Trabalhadores (CUT)
União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO)	Rede Nacional Lai Lai Apejo - Saúde da População Negra e AIDS	Rede Nacional Lai Lai Apejo - Saúde da População Negra e AIDS
Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD)	Associação Amigos Múltiplos Pela Esclerose (AME)	Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD)
Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT)	Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA)	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE)
Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)	Serviço Pastoral dos Migrantes
União Nacional dos Estudantes (UNE)	Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG)	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM)

Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ)	ONCOGUIA	Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil)
--	----------	---

Conselho Nacional de Saúde, 2023 (adaptado).

A maior parte das vagas titulares é ocupada por associações de portadores de doenças específicas: são oito cadeiras. Entidades sindicais ocupam cinco vagas titulares, com algumas centrais sendo duplamente representadas entre as vagas titulares e suplentes por meio de sindicatos que a elas são filiados - casos da Força Sindical e da Central Única dos Trabalhadores. Entidades religiosas possuem duas vagas titulares, mesmo número que as organizações ligadas aos povos indígenas. Por fim, organizações de mulheres, dos movimentos negros, da população LGBTQIA+, da população de rua, as associações de moradores, de defesa do consumidor e entidades estudantis possuem uma vaga titular cada. Algumas organizações podem ser duplamente qualificáveis: a Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (Rede Candaces BR) pode ser categorizada enquanto ligada aos movimentos negros e à população LGBTQIA+²⁹.

Por fim, as conferências de saúde reúnem-se a cada quatro anos, com a representação de vários segmentos sociais de todo o país, para avaliar a situação de saúde e para propor diretrizes para a formulação da política de saúde em todos os níveis administrativos. Como o SUS, elas são hierarquizadas: as conferências municipais enviam diretrizes, propostas e delegados às estaduais, que, por sua vez, elegem delegados e aprovam diretrizes e propostas para a conferência nacional. Na etapa nacional, todos se reúnem para analisar o produto resultante das etapas municipais e estaduais, aprovando, enfim, as diretrizes e propostas que teoricamente orientarão a formulação de políticas públicas de saúde até a próxima conferência.

Também inserem-se no processo de mobilização para as conferências nacionais a realização de conferências livres de saúde. Elas são organizadas por grupos interessados em debater temas específicos, ou representar segmentos específicos da sociedade, de maneira autônoma. Ainda que órgãos governamentais

²⁹ Estabeleci a composição da chapa como critério para divisão em categorias dos ocupantes das vagas. No caso da Rede Candaces BR, a chapa - com 1ª e 2ª suplência consideradas - mostra uma associação entre organizações que enfatizam a defesa de direitos das populações LGBTQIA+. Em relação à União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO), a chapa é composta por uma associação entre movimentos que enfatizam a defesa de direitos das populações negras.

possam organizar conferências livres, elas são majoritariamente organizadas por integrantes da sociedade civil organizada. Configurando-se como etapas preparatórias para as conferências nacionais, as conferências livres podem ou não enviar diretrizes e propostas para a CNS. Elas puderam eleger delegados para participar da 17ª CNS de maneira inédita em 2023. A quantidade de delegados eleitos por conferência livre dependia do número de participantes mobilizados.

Assim, a noção de participação no SUS opera enquanto um mecanismo de abertura e fechamento: se, por um lado, ela amplia os fóruns de democracia participativa, tornando o Estado mais poroso às demandas de grupos organizados da sociedade, por outro, ela domestica os espaços e as linguagens em que tal participação se dará. Assim, é a burocracia do Estado - e as relações engendradas dentro dela - que filtra, por meio da exigência da submissão a determinados regramentos e formalidades, e das disputas políticas que ocorrem sob os radares dos documentos oficiais, dos registros de reunião e das declarações protocolares (Potechí, 2018, 2019), qual a participação e de qual “povo” será relevante para a feitura das políticas públicas. É o que veremos a partir da próxima seção.

Da Plenária à Conferência Livre

A 1ª Plenária Nacional “Saúde e Migração em tempos de Covid-19”

As conversas sobre a organização da Plenária Nacional “Saúde e Migração em Tempos de Covid-19” iniciaram-se em janeiro de 2021. A primeira reunião foi realizada entre uma representante da secretaria de saúde da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e eu, representando a Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados. Pensada para ser uma apresentação da campanha “Nacionalidade no SUS” para a CUT, entidade com representação no Conselho Nacional de Saúde, o encontro acabou lançando as bases para a organização de um evento consultivo das populações migrantes residentes no país sobre os impactos da pandemia sobre as comunidades, as dificuldades de acesso ao SUS e à assistência social, a interculturalidade como ferramenta de construção de

equidade, a saúde mental e a garantia de direitos à moradia, à educação e ao trabalho decente. Durante o mês de fevereiro, articulações expandiram a rede de organizações envolvidas nas mobilizações para a realização do evento: somaram-se o Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC), a Rede Sem Fronteiras (RSF) e o Grito dos Excluídos Continental.

Em 5 de março de 2021, o evento foi oficialmente lançado em uma reunião online ampliada da Rede. Estiveram presentes 16 organizações: Rede, CDHIC, RSF, Grito dos Excluídos Continental (já mencionados), Del'Ágora Asociación, Caritas Arquidiocesana de São Paulo, Cruz Vermelha Brasileira, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, Núcleo de Psicologia e Migração da Universidade Federal do Paraná, Veredas - Psicanálise e Imigração, Promotoria de Enfrentamento à Violência Doméstica do Ministério Público de São Paulo, IADA-África, Projeto Ponte e Fórum Social Mundial da Saúde. A partir desse grupo, foi montada a comissão organizadora do evento, com o acréscimo da Associação Brasileira de Antropologia, do Instituto de Políticas Públicas Migratórias e do Núcleo de Acolhimento aos Migrantes e Refugiados da Universidade Federal da Bahia.

Sobre esta reunião de lançamento, algumas questões merecem destaque. Em primeiro lugar, o embate entre universalidade e equidade esteve colocado desde a primeira reunião ampliada de organização Plenária, como apresentado no capítulo anterior. Uma outra questão, mais pragmática, foi pontuada: como os trabalhos da Plenária poderiam ter impactos efetivos sobre a construção de políticas públicas, uma vez que ela estava fora do processo de mobilização das conferências nacionais? Assim, a presença de pessoas ligadas a conselhos de saúde era crucial, já que os Planos Plurianuais municipais, que decidem a destinação de recursos para a execução de ações e políticas de saúde, seriam elaborados em 2021. A centralidade da questão orçamentária para a efetiva existência da política será retomada mais à frente. Por fim, várias pessoas presentes expressaram sua preocupação sobre como as comunidades migrantes seriam engajadas e mobilizadas, já que a preocupação central era registrar, como uma forma de justiça testemunhal, as demandas dessas populações para o SUS, em especial face à escassez de registros que permeou toda a pandemia, fato extensivamente demonstrado ao longo deste trabalho.

A elaboração da metodologia de trabalho, portanto, focou-se especialmente sobre esse aspecto. Primeiramente, a comissão organizadora decidiu que seriam realizadas seis plenárias, sendo cinco regionais - Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul - e uma nacional entre junho e agosto de 2021. A ideia era dar relevo aos contextos regionais, utilizando essas etapas como forma de mobilizar pessoas de todas as regiões do país. Reuniões preparatórias virtuais foram realizadas para apresentação da metodologia e engajamento das comunidades migrantes e de atores envolvidos em seu atendimento em alguns estados, como Pernambuco, Amazonas, São Paulo e Roraima.

Além disso, o evento seria todo virtual, realizado pela plataforma Zoom disponibilizada pela RSF e a CUT. Haveria transmissão ao vivo das atividades pelo Facebook. A decisão tinha o objetivo de reduzir o risco de exposição à Covid-19, e baratear a realização do evento, já que não houve qualquer financiamento destinado para a sua organização. As atividades seriam autogestionadas, propostas e organizadas pelos próprios participantes, a exemplo de outros eventos organizados por movimentos sociais, como o Fórum Social Américas das Migrações (FSAM), o Fórum Social Mundial das Migrações (FSMM), e, em certa medida, as próprias CNS's, que passaram a prever essa modalidade de participação. Essas atividades precisavam dividir-se em um de oito eixos temáticos: gênero e raça; trabalho e renda; inserção, cultura e regularização migratória; SUS, seguridade social, acesso à saúde e interculturalidade; saúde mental; educação; gestão biopolítica da pandemia; e moradia. Ao fim das atividades, seus proponentes deveriam enviar três propostas a serem debatidas e votadas em uma plenária regional final. As propostas aprovadas seriam levadas à etapa nacional, onde seriam discutidas e aprovadas, suprimidas ou reescritas.

Nas etapas regionais, 324 participantes organizaram 36 atividades autogestionadas, com 148 propostas aprovadas. De maneira desagregada, a Regional Sul, realizada nos dias 28 e 29 de junho, registrou 9 atividades organizadas, 123 participantes e 36 propostas aprovadas. A Regional Centro-Oeste, realizada no dia 8 de julho, registrou 2 atividades organizadas, 39 participantes e 12 propostas aprovadas. A Regional Nordeste, realizada nos dias 15 e 16 de julho, registrou 9 atividades organizadas, 80 participantes e 54 propostas aprovadas. A Regional Sudeste, realizada nos dias 22 e 23 de julho, registrou 12 atividades organizadas, 53 participantes e 31 propostas aprovadas. E, por fim, a Regional

Norte, realizada nos dias 29 e 30 de julho, registrou 4 atividades organizadas, 29 participantes e 15 propostas aprovadas. Por fim, a Etapa Nacional consolidou, entre 9 e 13 de agosto, as propostas aprovadas nas etapas regionais. Ao todo, 383 pessoas de 19 nacionalidades diferentes e representando 94 organizações de todo o país participaram de todas as etapas da Plenária, aprovando 172 propostas.

As propostas aprovadas trataram de temas muito diversos. Um dos temas mais recorrentes foi a contratação de tradutores, intérpretes e mediadores ou intermediadores culturais para atuar em diferentes serviços públicos de saúde, assistência social, educação e outros - foram 12 menções para cada no documento final. As terminologias, bastante diversas, suscitaram debate em mais de uma atividade ao longo das seis etapas, bem como a função desempenhada por esse profissional, pensado *grosso modo* para lidar com as barreiras linguísticas e culturais enfrentadas por migrantes que acessam serviços públicos de saúde.

Também nesse sentido, algumas propostas demandavam a disponibilização de materiais informativos sobre o SUS em outras línguas - da expansão colonial europeia, mas não apenas -, a criação de ouvidorias multilíngues e a sensibilização dos profissionais de saúde sobre o direito à tradução em consultas. Além disso, também foi aprovada a proposta de aumento da contratação, quando possível³⁰, de Agentes Comunitários de Saúde migrantes em territórios com reconhecida presença dessas comunidades - o que torna a identificação das nacionalidades um dado importante -, com o objetivo de atuar enquanto mediadores entre os serviços de saúde e as populações atendidas, e garantindo acesso. Outro tema recorrente foi a coleta de dados sobre a presença de migrantes no sistema de saúde - mencionado mais de 20 vezes no documento final. O entendimento de que há poucos dados sobre a presença e o trânsito dessa população no SUS, dificultando a elaboração de políticas públicas sobre o tema foi uma das tônicas do evento, como argumentado no capítulo anterior.

Também o tema do trabalho recebeu ênfase em um grande número de propostas aprovadas. A utilização de unidades de saúde como sinalizadoras de casos trabalho análogo à escravidão e o tráfico de pessoas foi uma das propostas aprovadas, prevendo também a capacitação de servidores para identificar sinais de atenção que indiquem relações de trabalho abusivas. A demanda por capacitação

³⁰ Isso deve ser objeto de escrutínio e de contextualização, já que as comunidades são heterogêneas, e a presença de um nacional do mesmo país pode ser mais ameaçadora do que acolhedora.

estende-se aos profissionais de saúde mental que lidam com o chamado pós-resgate, momento posterior à libertação dos trabalhadores da relação de trabalho análogo à escravidão. O trabalho de migrantes em frigoríficos e em oficinas de costura em grandes centros urbanos foram especificamente mencionados como em contextos potencialmente adoecedores, abusivos e dignos de atenção por parte das equipes e gestores de saúde, e a proposta de garantia de acesso à informação sobre direitos trabalhistas em outras línguas, além de garantia do direito à sindicalização, também foram incluídas no documento final. Nove propostas tratavam sobre direitos das comunidades LGBTQIA+, trazendo temas como a indocumentação e seu impacto sobre o acesso, a capacitação de agentes de promoção de saúde sobre o tema e suas interfaces com a migração, a estruturação de políticas de geração de emprego e renda especificamente para este público, a coleta de dados sobre as populações LGBTQIA+ migrantes no SUS, a busca ativa em casos que envolvam esta população, e seu acesso à saúde mental.

Foram 16 propostas relativas às populações indígenas migrantes, como a inclusão de subcampo para raça/etnia de preenchimento manual de forma a tornar possível o lançamento nas bases de dados do SUS de etnias indígenas migrantes, já que apenas as etnias brasileiras estão disponíveis para preenchimento nos sistemas da atenção primária; a consideração da diversidade étnica das populações indígenas migrantes quando da contratação de intérpretes em saúde e tradutores comunitários; a garantia do direito à autodeterminação e à realização de tratamentos tradicionais à maneira do que é garantido às populações indígenas brasileiras; a oferta de serviço de Atenção Primária em Saúde específico para migrantes indígenas pela atuação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), e, em situações emergenciais, adaptação do Consultório na Rua com orientação do DSEI; o aumento da detecção e a melhoria do acompanhamento e da vigilância de doenças como a tuberculose entre essas populações; a inserção do tema no currículo formativo de profissionais da saúde; a atuação de indígenas migrantes como Agentes Indígenas de Saúde (AIS); entre muitas outras.

Por fim, a questão da regularização migratória e da indocumentação foi mencionada em 7 propostas, demandando a dispensa, pelas equipes de saúde, da documentação brasileira ou dentro da data de validade, a produção de orientação centralizada sobre o tema para as equipes de saúde pelo Ministério da Saúde, e a

produção de materiais informativos em outras línguas orientando os migrantes sobre o direito de acesso independente da situação documental ou migratória. É importante pontuar que nenhuma proposta sobre financiamento das ações e políticas propostas foi apresentada na Plenária.

No dia 13 de agosto, a Plenária encerrou-se com o anúncio da criação da Frente Nacional pela Saúde de Migrantes (FENAMI). A Frente se propunha ser uma articulação de organizações, ativistas migrantes e brasileiros, profissionais de saúde, pesquisadores, acadêmicos e outros interessados no tema com o objetivo de garantir a produção de políticas públicas de saúde para migrantes e garantir a mobilização que sustentaria o encaminhamento dessas demandas. A FENAMI surgiu e funciona até o momento sem registro formal, sem estrutura hierárquica, sem financiamento e organizada de maneira colegiada em coordenações divididas por territórios: municípios, estados e a coordenação colegiada nacional, composta por representantes das coordenações estaduais. A primeira reunião da Frente ocorreu em 20 de outubro de 2021, quando 9 coordenações estaduais e 1 distrital foram constituídas - São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Paraíba, Rio Grande do Norte, Paraná, Minas Gerais, Mato Grosso, Pernambuco e Distrito Federal.

A 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes

A Plenária deu a ignição a dois processos subsequentes: a discussão sobre a elaboração de ações políticas de atenção à saúde das populações migrantes nos níveis estaduais, como no caso de Goiás - onde foi aprovado um Plano Estadual de Atenção à Saúde da População Migrante³¹ -, e municipais, como no caso de São Paulo - onde instituiu-se um Grupo de Trabalho para formular ações estratégicas de garantia de acesso ao SUS pelas populações migrantes; e o debate, ainda que inicialmente só a nível de gestão, sobre a formulação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas, liderada pelo Serviço de Apoio Institucional e Articulação Federativa (SEINSF) do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro ao longo do ano de 2022.

³¹ Disponível em <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/files/sais/plano-populacao-migrante/plano-migr-antes-2024.pdf>, acesso em 18/04/2024

Uma nova Plenária estava prevista para ocorrer em 2023 com o objetivo de reavaliar as propostas aprovadas e os avanços realizados durante esse período de dois anos, aprofundando as escutas realizadas junto às populações migrantes. Entretanto, durante a assembleia da FENAMI no início de fevereiro de 2023, decidiu-se que o evento seria organizado no formato de uma Conferência Livre de maneira a integrar o calendário da 17ª Conferência Nacional de Saúde. Essa modalidade de evento também garantiria que as propostas seriam enviadas e apreciadas pelos delegados da 17ª CNS, além de assegurar que uma delegação poderia participar do principal evento de participação popular na estruturação de políticas públicas do Brasil. Caso aprovadas, poderiam ser incluídas no Plano Plurianual (PPA) da Saúde, o que ajudaria a garantir sua efetivação.

Mais de 30 organizações de todo o país se somaram na Comissão Organizadora, coordenada pela FENAMI. Também foram constituídos 13 comitês estaduais responsáveis por organizar polos presenciais de acesso à Conferência: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Goiás, Mato Grosso, Distrito Federal, Bahia, Paraíba, Rio Grande do Norte, Amazonas e Roraima. Materiais de divulgação em espanhol, francês, inglês, crioulo haitiano e warao foram produzidos, bem como disponibilização de todos os formulários - de inscrição, de candidatura a delegado e de envio de propostas e diretrizes - em inglês, francês e espanhol.

Além disso, o regimento, documento que sistematizava as regras do evento da Conferência Livre (FENAMI, 2023), também traduzido para o inglês, o espanhol e o francês, especificava que apenas migrantes poderiam concorrer à eleição para delegados/as. Também previu-se que a inscrição para falas deveria se dar na proporção de 5 manifestações de migrantes para cada manifestação de brasileiros. O conteúdo do regimento, no entanto, causou conflito. Em 21 de abril, a minuta do regimento foi disponibilizada no grupo de WhatsApp que congregava aqueles e aquelas que faziam parte da comissão de organização da conferência em consonância com o cronograma previamente aprovado por essa mesma comissão. O prazo para envio de pedidos de alteração, inclusão ou supressão de itens era o dia 3 de maio. Como nenhum pedido foi enviado até essa data, o regimento foi aprovado como proposto.

No dia 5 de maio, a penúltima reunião da comissão organizadora foi realizada de maneira esvaziada, com apenas 8 organizações representadas. Três

preocupações foram levantadas: a primeira dizia respeito à necessidade de garantir proporcionalidade regional à organização das falas durante o evento - i.e., para além da preponderância dada às falas de migrantes pelo regimento, postulava-se também que a região do país de onde esse migrante estava falando também deveria ser observada como forma de evitar que alguma região, em especial o sudeste, pudesse monopolizar as falas. A segunda dizia respeito à garantia de proporcionalidade da nacionalidade dos migrantes que se inscrevessem para a fala, preocupando-se com a possibilidade de grupos de migrantes demograficamente mais relevantes monopolizassem as falas. Por fim, a questão da paridade de gênero para as falas e para as candidaturas eleitas foi mencionada no grupo de WhatsApp da comissão de organização um dia antes do evento. Como nenhuma proposta para operacionalizar de maneira prática esses recortes foi apresentada, o regimento seguiu como aprovado anteriormente.

Assim, no dia 20 de maio de 2023, ocorreu, de maneira híbrida, a 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes. A data, um sábado à tarde, foi escolhida para permitir que migrantes que trabalhavam durante os dias da semana em horário comercial pudessem participar. O pólo online utilizou a plataforma Zoom do Ministério Público Federal do Rio de Janeiro (MPF-RJ), conseguida com o intermédio do Comitê Estadual Intersectorial de Políticas de Atenção aos Refugiados e Migrantes do Rio de Janeiro (CEIPARM-RJ). Este pólo congregava participantes que se conectavam a partir de suas casas, ou a partir de um dos 27 polos presenciais que foram estruturados em 20 cidades de 13 diferentes estados e do Distrito Federal como forma de garantir o acesso de migrantes que possuíam conexão limitada com a internet. Os polos presenciais foram organizados nas seguintes cidades: Rio de Janeiro-RJ, Maricá-RJ, Juiz de Fora-MG, São Paulo-SP, Curitiba-PR, Foz do Iguaçu-PR, Balneário Camboriú-SC, Florianópolis-SC, Salvador-BA, João Pessoa-PB, Fortaleza-CE, Cuiabá-MT, Campo Grande-MS, Brasília-DF (3 polos), Manaus-AM (7 polos), Boa Vista-RR, Porto Velho-RO, Senador Canedo-GO, Goiânia-GO e Aparecida de Goiânia-GO. Ao todo, 876 pessoas participaram - 550 nos polos presenciais, e 376 conectadas ao pólo online -, tornando essa a 11ª maior Conferência Livre do ciclo da 17ª CNS entre 99 conferências livres organizadas. O evento contou também com tradução simultânea para inglês, francês e espanhol custeada pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados - ACNUR.



Imagem 14: Polo presencial de João Pessoa, PB. 20 de maio de 2023. FENAMI, 2023.



Imagem 15: Polo presencial de Maricá, RJ. 20 de maio de 2023. FENAMI, 2023.



Imagem 16: Polo presencial de Foz do Iguaçu, PR. 20 de maio de 2023. FENAMI, 2023.

Neste dia, Garry Ulysse, do Haiti, Yelitza Lafont, Efrén Villalba e Alberto Navarro, da Venezuela, e Diego Cruz, do Equador, foram eleitos entre 53 candidatos para compor a primeira delegação migrante a participar de uma Conferência Nacional de Saúde defendendo diretrizes e propostas para ações de equidade para as populações migrantes no SUS - foram, ao todo, 373 delegados eleitos por conferências livres (Conselho Nacional de Saúde, 2022). É importante pontuar que o Conselho Nacional de Saúde exigia CPF para cadastrar os delegados em seu sistema, o que tornou inviável a participação de migrantes indocumentados.

A eleição para delegados causou conflito. O regimento da conferência livre previa que polos presenciais em que mais de 100 pessoas estivessem presentes teriam o direito de indicar delegados sem que seus nomes participassem da eleição mais ampla. Assim, Garry e Yelitza foram eleitos respectivamente pelos polos presenciais de Maricá, interior do Rio de Janeiro, que contou com 106 participantes, e do Morro do Banco, na capital do Rio de Janeiro, que contou com 102

participantes³². Restavam três vagas. Durante o processo de votação, não houve tempo para apresentação dos candidatos, nem de suas justificativas para a candidatura. Integrantes do polo presencial de São Paulo manifestaram bastante descontentamento, em especial porque o local onde o polo estava ocorrendo, o Museu da Imigração de São Paulo, impediu que a atividade continuasse após as 18h, e quem estava lá não pôde acompanhar o final da Conferência e o resultado da votação. A falta de paridade de gênero, que, se adotada, elegeria a candidata de São Paulo, foi apontada como a principal falha do evento por quem esteve naquele polo presencial.

Em relação às propostas, é preciso realizar uma pequena digressão. No jargão da política participativa, uma 'diretriz' é uma formulação mais ampla e geral que norteia ações mais específicas e mais ligadas à dimensão objetiva da execução das políticas públicas. As 172 propostas aprovadas em 2021 na Plenária Nacional foram, ao longo de 2022, consolidadas em 37 diretrizes. A redução se dá costumeiramente devido à supressão de propostas com conteúdo idêntico ou muito similar. Neste caso, também é possível mesclá-las em uma única proposta, reduzindo o número geral de propostas. Esse trabalho, no entanto, também reserva um alto grau de discricionariedade às equipes de relatoria e suas coordenações; Ainda que existam critérios para nortear a redação do texto, alguns deles previstos em regimento, as equipes de relatoria terminam sendo responsáveis pela decisão final sobre o que irá constar ou não no relatório final, e em quais termos. Ao fim e ao cabo, como veremos no processo da 17ª CNS, os textos finais das propostas e diretrizes são comumente genéricos demais, ou até confusos demais em virtude do esforço para agregar tudo o que foi aprovado ao texto, dificultando sua utilização para subsidiar a elaboração das políticas públicas. Isso acaba permitindo que gestores públicos de escalões mais altos e a alguns atores-chave que com eles têm interlocução privilegiada terminem tendo a decisão sobre o que será de fato considerado para a elaboração das políticas.

Os participantes inscritos na Conferência Livre receberam, na tarde do dia 10 de maio, um email com as 37 diretrizes da Plenária, e formulários em inglês, francês e espanhol para sugestão de novas propostas ou para apresentação de destaques

³² Garry Ulysse registrou a candidatura declarando representar a União de Negros pela Igualdade (UNEGRO); Diego Cruz declarou representar a Pastoral dos Migrantes - Missão Scalabrini; Yelitza, Alberto e Efrén não declararam representar nenhum movimento ou organização.

às propostas existentes até o dia 17 de maio - destaque, na linguagem da política participativa, significa sugerir modificação ou supressão parcial (de determinado trecho) ou total (de todo o texto) de propostas ou diretrizes. Na manhã do dia 20 de maio, dia do evento, todos os inscritos receberam um documento com todas as sugestões de diretrizes e propostas novas e de destaques recebidos, podendo continuar a fazê-las até as 16h30 daquele dia. Ao todo, 25 novas diretrizes e propostas foram apresentadas e 87 pedidos de destaques a diretrizes e propostas existentes, debatidos e aprovados pelos participantes da Conferência. Como o Conselho Nacional de Saúde permitia a apresentação de um máximo de 4 diretrizes - uma por eixo temático - e 20 propostas - cinco por cada eixo temático - para serem enviadas aos debates da 17ª CNS, a equipe de relatoria fez a redução para o modelo preconizado - também era preciso observar o limite máximo de caracteres: 600 para diretrizes, 1.000 para propostas. Na prática, algumas propostas acabam acoplando o texto de duas ou três propostas como estratégia adotada pela comissão de relatoria para tornar possível a inclusão de todo o conteúdo aprovado durante o evento.

Tabela 4: Diretrizes e propostas aprovadas na Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes.

Diretrizes	Propostas aprovadas
Eixo 1 - O Brasil que temos. O Brasil que queremos.	
<p>1. Reconhecer os processos migratórios, internos e externos, forçados ou não, e suas consequências mais imediatas, enquanto determinantes sociais de saúde, agindo de maneira a produzir políticas públicas equitativas destinadas a atenuar disparidades de atendimento no Sistema Único de Saúde, a instituir uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas, além de criar mecanismos efetivos de monitoramento e avaliação de tais políticas em parceria com a sociedade civil, em especial com os movimentos sociais das populações migrantes.</p>	<p>1. Orientar, de forma centralizada, pelo Ministério da Saúde, as equipes de saúde para dispensar a identificação de usuários quando houver incapacidade social e cultural para sua realização, como no caso de migrantes indocumentados, reforçando o conteúdo da Portaria MS nº 2.236/2021. Promover ações para ampliação e facilitação do atendimento a migrantes indocumentados ou com documentação expirada no Brasil nos serviços de saúde, observando o maior impacto da indocumentação sobre grupos migrantes racializados, grupos LGBTQIA +, indígenas, crianças, adolescentes e mulheres migrantes. Por fim, capacitar profissionais do SUS sobre a possibilidade de regularização migratória por tratamento de saúde, de acordo com a Portaria Interministerial nº 8/2018.</p> <p>2. Fortalecer a Rede Cegonha do SUS e torná-la acessível para mulheres migrantes, fortalecendo referência e contrarreferência; ter</p>

como horizonte na criação de políticas públicas em saúde, a inclusão na Rede Materno Infantil da diversidade étnico-racial das populações migrantes, em especial das migrantes indígenas, por meio da oferta de assistência intercultural e mediação linguística, bem como respeitando o direito ao parto humanizado e culturalmente sensível. Além de criar condições para que as mulheres migrantes acessem empregos formais, nos quais usufruam plenamente dos direitos trabalhistas e da segurança social, comprometendo-se com a oferta de creches para o cuidado de crianças e facilitando o acesso dessas comunidades à educação.

3. Aumentar a detecção de doenças, agravos, óbitos e emergências em saúde pública por desassistência que envolvam a população migrante no Brasil, principalmente no âmbito das doenças negligenciadas, delineando o perfil epidemiológico dessa população, utilizando dos sistemas de informações em saúde oficiais brasileiros para basear a tomada de decisões em saúde e criação de políticas públicas para essas populações. Além de fortalecer estratégias como a busca ativa em locais de acolhimento e maior circulação e permanência de migrantes, e a atenção domiciliar com a promoção da educação popular em saúde.

4. Promover a capacitação contínua e permanente de profissionais da saúde, em especial da Atenção Primária, para identificação, notificação (conforme Portaria GM/MS nº 78/2021), escuta qualificada de vítimas, atendimento e encaminhamento psicossocial emergencial e contínuo de migrantes em situações de exploração laboral e sexual, observando as interseções com o tráfico de pessoas e o trabalho análogo à escravidão. Incluir nas capacitações dos profissionais atuantes no SUS e redes complementares as temáticas de enfrentamento ao contrabando de migrantes, tráfico de pessoas, combate ao trabalho análogo à escravidão, trabalho infantil, violência sexual contra mulheres e crianças no processo de deslocamento e chegada ao país de acolhimento, observando questões raciais e de gênero, compreendendo, assim, os equipamentos públicos de saúde como potenciais sinalizadores de casos de tráfico de pessoas, trabalho análogo a escravidão e exploração sexual de migrantes.

5. Criar mecanismos de acompanhamento diligente dos casos de trabalho precarizado e análogo à escravidão, de forma intersetorial com os órgãos competentes ao contexto do trabalho, bem

	<p>como o acompanhamento longitudinal na prospecção de vagas de trabalho para migrantes atendidos por programas de interiorização, de forma a garantir que as vagas intermediadas não sejam de trabalho precário ou análogo à escravidão, utilizando equipamentos públicos de saúde como potenciais sinalizadores de casos desse tipo. Além disso, criar, em articulação com os municípios e estados, estratégias de promoção à saúde de trabalhadores migrantes, em especial aqueles que participaram da estratégia de interiorização articulada pelo Governo Federal.</p>
<p>Eixo 2 - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas</p>	
<p>1. Estimular a participação e garantir representatividade de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas nos conselhos consultivos e deliberativos de participação popular e controle social do SUS, em especial no Conselho Nacional de Saúde, bem como estimular a elaboração de políticas públicas de saúde para as populações migrantes por meio de consulta prévia, livre e esclarecida, trabalhando com as comunidades</p>	<p>1. Produzir materiais informativos em múltiplas línguas com informações sobre o Conselho Nacional de Saúde, seu papel, suas atribuições e sua composição, além de realizar esforço de tradução de toda comunicação produzida sobre as eleições de conselheiros ao CNS, incentivando migrantes a se candidatarem.</p> <p>2. Criação de uma Gerência de Migração e Saúde no âmbito da Coordenação do Acesso e Equidade, da Coordenação Geral de Saúde da Família e Comunidade, do Departamento de Saúde da Família e Comunidade, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, com função de implementação e fiscalização da política de saúde da população migrante, articulando com os vários níveis do Ministério da Saúde e produzindo orientações sobre o tema para a rede do SUS. Criação, no âmbito desta gerência, de setor destinado a produzir e ofertar informação sobre a estrutura do funcionamento do SUS a imigrantes e refugiados, atuando na capacitação dos trabalhadores e gestores, na análise de indicadores e na manutenção de Observatório específico sobre o tema.</p> <p>3. Criação de Comissão de Saúde dos Migrantes no Conselho Nacional de Saúde, bem como estimular a participação de migrantes no referido Conselho.</p> <p>4. Fornecer canais multilíngues de denúncia por meio da Ouvidoria do SUS, e capacitar os profissionais responsáveis pelo atendimento para receberem reclamações e denúncias das populações migrantes em vários idiomas.</p> <p>5. Estimular a participação dos migrantes no controle social da implementação da política de atenção integral à saúde das populações migrantes, refugiadas e apátridas</p>

	<p>por meio da consulta prévia, livre e esclarecida na construção de políticas públicas, com promoção de seminários, audiências públicas e outros, promovendo ativamente a participação de migrantes em Conselhos Gestores das Unidades Básicas de Saúde, quando houver.</p>
<p>Eixo 3 - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia</p>	
<p>1. Garantir a devida observação de questões linguísticas, culturais, sociais, econômicas, étnico-raciais e de gênero na estruturação da oferta de serviços do Sistema Único de Saúde, assegurando o devido acesso à informação sobre o SUS em diferentes línguas e estimulando a adoção de ações que considerem as especificidades das populações migrantes em políticas já existentes.</p>	<p>1. Garantir mecanismos de comunicação intercultural, mediante a contratação dos próprios migrantes na função de intérpretes e/ou mediadores interculturais migrantes, com entendimento da cultura e língua do grupo migratório ao qual pertencem. Realizar o mapeamento territorial das comunidades migrantes presentes no país de maneira a direcionar tais contratações para equipamentos de saúde que registram maior presença de indivíduos migrantes, observando as nacionalidades e línguas maternas. Por fim, é fundamental produzir materiais e campanhas de informação sobre a estrutura, funcionamento e acesso ao SUS para essa população, em idiomas acessíveis, com especial atenção às informações sobre a ouvidoria e denúncias.</p> <p>2. Ampliação do acesso aos serviços da rede de proteção à mulher migrante, utilizando os serviços de saúde como sinalizadores de situações de violência doméstica e de gênero. Criar mecanismos de respostas sensíveis à questão de gênero para as migrantes recém chegadas em regiões de 12 fronteira, com especial atenção ao apoio psicossocial. Garantir condições e produtos para o manejo de higiene menstrual tanto em postos fronteiriços como em abrigos e centros de saúde como forma de garantir os direitos reprodutivos das mulheres migrantes é importante assegurar a difusão de informações sobre acesso a contraceptivos assim como o enfrentamento à violência obstétrica mediante sensibilização dos trabalhadores da saúde sobre as especificidades culturais dos migrantes.</p> <p>3. Promover a capacitação de profissionais de saúde, principalmente os da atenção básica, para identificar e acompanhar situações de exploração de trabalhadores migrantes, observando as interseções com o tráfico de pessoas e o trabalho análogo à escravidão, utilizando equipamentos públicos de saúde como potenciais sinalizadores e criando estratégias de promoção à saúde de trabalhadores migrantes, com ações em articulação com os municípios e estados, estratégias locais de promoção à saúde de</p>

	<p>trabalhadores migrantes. Trabalhar em diálogo com o Ministério do trabalho para uma maior prevenção do trabalho escravo/ fiscalização e capacitação do uso de EPI 's.</p> <p>4. Reconhecimento público e realização de campanha de sensibilização referente ao racismo e xenofobia como dois dos principais gargalos de acesso adequado ao SUS, realizando campanhas informativas que valorizem a diversidade étnico, racial e cultural da pessoa migrante, buscando sensibilizar a população brasileira, de forma ampla, e os profissionais de saúde, de maneira específica. Além de estimular a colaboração entre o Ministério da Educação (MEC), tendo em vista a formação e capacitação para migrantes via PET Saúde , bem como enfatizar as estratégias de Educação Permanente e Educação Popular em Saúde.</p> <p>5. Elaboração, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas, de uma Estratégia de Saúde para Migrantes que garanta o acesso equitativo e seja constituída por um conjunto de protocolos e diretrizes que orientem as ações da Rede de Atenção à Saúde, prezando pela integralidade do atendimento e não separação de serviços exclusivos para migrantes.</p>
<p>Eixo 4 - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas</p>	
<p>1. Assegurar um SUS verdadeiramente orientado por paradigmas multiculturais, que valorize conhecimentos tradicionais e que dialogue de maneira profunda e efetiva com matrizes epistemológicas para além da biomedicina, instituindo práticas interculturais na Atenção Primária nos moldes do que é feito na Saúde Indígena</p>	<p>1. Aprimoramento e avaliação contínua das bases de dados administrativos do governo com inclusão de variáveis, tais como "nacionalidade", "idiomas", "etnia indígena" e com a garantia que os sistemas aceitem a inserção de formato relacionados aos diversos documentos de migração. Além do compartilhamento entre bases de informações que contemplem as especificidades de gênero, raça e etnia das populações migrantes e refugiadas, observando as melhores práticas de gestão da informação, a proteção de dados e as diretrizes de direitos humanos.</p> <p>2. Divulgar e fortalecer as Práticas Integrativas Complementares na atenção à saúde dos migrantes, em especial na Atenção Primária à Saúde, estimulando a interação intercultural entre migrantes e a população local. Sendo assim, realizar a formação de mediadores interculturais migrantes, incluindo treinamento em relação ao funcionamento e ao direito de acesso ao SUS, observando questões étnico-raciais e de gênero e realizar contratação de mediadores interculturais migrantes, priorizando a Atenção Primária de Saúde e nos serviços de Saúde Mental da RAPS, nas áreas de maior concentração de</p>

uma população.

3. Promover a educação permanente de servidores públicos do SUS sobre migração, atendimento culturalmente sensível, acolhimento de diferentes manifestações culturais e narrativas de experiências individuais, observando questões étnico-raciais e de gênero. Envolver a participação social de migrantes nas atividades de qualificação das equipes de saúde, visando à horizontalidade da transmissão e da valoração dos saberes. Nesse sentido, sensibilizar os conselhos de classe das profissões da rede de atenção à saúde para a necessidade da mediação intercultural por meio de mediadores interculturais migrantes nos encontros de saúde, levando em conta questões étnico-raciais e de gênero.

4. Oferecer serviço de Atenção Primária específico para os migrantes indígenas, inclusive indígenas não aldeados e indígenas em contexto urbano, pela atuação do DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena), da SESAI (Secretaria de Saúde Indígena), em coordenação com a atenção básica e, em situações emergenciais, pela adaptação do Consultório na Rua, do SUS, com orientação do DSEI. Fomentar a contratação de lideranças espirituais/medicinais nos serviços de atenção em saúde para viabilizar o cuidado intercultural, com criação de um Conselho de Sabedorias Indígenas em Saúde, além de Casas de Medicina Tradicional Indígena no âmbito da Rede de Atenção Primária do SUS. Garantir um repasse de verba do Ministério da Saúde para a SESAI voltado especificamente para indígenas migrantes e refugiados e considerando o contexto dos deslocamentos para áreas urbanas, a necessidade de uma 16 perspectiva intercultural, da proteção à infância, da saúde sexual e reprodutiva e da saúde mental indígena

5. Estimular a criação e a manutenção de uma agenda de pesquisa sobre a interface entre migração e saúde, com a criação de um Observatório sobre o tema. Investir nos processos de formação em saúde com enfoque na saúde dos migrantes, tais como: residências multiprofissionais em saúde com enfoque na saúde dos migrantes, PETs (Programa de Educação pelo Trabalho para o SUS), demais especializações lato sensu e stricto sensu, PIBICs e extensão com enfoque nesta população.

Adaptado de FENAMI, 2023

Para a conferência livre ser validada, ainda era preciso cumprir algumas etapas. Tratarei disso no próximo tópico.

A 17ª Conferência Nacional de Saúde

Após o envio do Relatório Final da Conferência Livre ao Conselho Nacional de Saúde, seguiu-se a validação do processo para integração aos trabalhos da 17ª CNS. Para tal, era preciso enviar, em até cinco dias úteis, um relatório final indicando uma pessoa responsável pelas informações, contendo o tema, o objetivo principal, o formato (se online, presencial ou híbrido), a data de realização, o público alvo, os materiais de divulgação, o número de participantes, a lista de presença, registros fotográficos da conferência e uma síntese dos debates realizados. O Conselho analisou o relatório, validou a conferência e permitiu, em 6 de junho, o cadastro dos delegados para participarem da 17ª CNS no início de julho de 2023, em Brasília. Eu estive presente enquanto convidado do Ministério da Saúde como organizador de conferência livre, e secretariei a delegação. Além disso, material audiovisual foi coletado para a produção de um mini-documentário.

Um grupo de WhatsApp foi criado por mim para facilitar a comunicação, incluindo também o Conselheiro previamente citado, e alguns outros membros da FENAMI que também estariam presentes na 17ª CNS. Três encontros preparatórios foram organizados a pedido dos delegados, já que a maioria nunca havia participado de evento semelhante. Os encontros trataram de explicar o que é uma Conferência Nacional de Saúde, qual seria a metodologia de trabalho utilizada, além de repassar todas as diretrizes e propostas aprovadas na Conferência Livre. Questões de ordem prática também foram tratadas: como seria a emissão de passagens aéreas e como pegar o transfer oferecido pela organização do evento ao sair do aeroporto de Brasília, por exemplo. Somente os cinco delegados e eu estivemos presentes a essas reuniões.

O local onde a 17ª CNS ocorreu, o já mencionado CICB, é um gigantesco complexo com centenas de salas e grandes auditórios, espaços para descanso e um hotel luxuoso localizado aos fundos. Foi neste hotel que os cinco delegados ficaram hospedados, custeados pela organização do evento - que também pagou as passagens e forneceu alimentação em restaurantes e distribuindo lanches. No primeiro dia, mais de 600 participantes passaram mal após comerem o lanche

fornecido pela organização do evento - entre eles, Yelitza, que não acompanhou os trabalhos da delegação nesse dia. Um inquérito epidemiológico foi enviado pela vigilância sanitária do Distrito Federal para todos os participantes da 17ª CNS para averiguar a contaminação.

A metodologia de trabalho da 17ª CNS era semelhante a de muitas outras conferências. Os seus 3.526 delegados dividiram-se em mais de uma centena de grupos de trabalho, onde todas as diretrizes e propostas enviadas pelas conferências estaduais e livres eram lidas e discutidas. Os participantes poderiam apresentar destaques de supressão parcial ou total das propostas, e só quando isso ocorria abria-se a possibilidade de defesa da redação original da diretriz ou proposta a ser alterada, no caso de destaques de supressão parcial, ou do mérito de seu conteúdo, no caso de destaques de supressão total. Para o destaque ser aprovado, ele precisaria repetir-se em ao menos 7 outros grupos de trabalho, o que significa dizer que, para cair ou para ter sua redação alterada, uma diretriz ou proposta precisaria ser rejeitada em, no mínimo, sete grupos diferentes - o que concede uma vantagem para organizações e movimentos sociais capilarizados e que elegem delegados em diferentes conferências estaduais e livres, podendo atuar em muitos GTs simultaneamente. Ao fim dos trabalhos dos GTs, a equipe de relatoria consolidaria as diretrizes e propostas aprovadas, que seriam apresentadas e votadas uma última vez na plenária de encerramento da 17ª CNS.

No dia 4 de julho, penúltimo dia do evento, cruzei com Yelitza durante o intervalo da tarde. Emocionada, ela me contou que havia acabado de evitar a supressão do termo 'refugiados' no texto de uma das propostas:

“Minha sala era número 41, apareceu um eixo... *una* proposta que tinha a ver com a nossa população de refugiados, falava de refugiado, no caso. Aí eles iam suprimir. Aí eu falei: ‘moça, me *disculpa*, eu vou pedir a palavra pela não, é... não supressão dessa proposta porque eu *soy* migrante’. Então eles me deram um... aí eu falei: ‘eu sou venezuelana, eu sou migrante, eu tô aqui como delegada pra defender esse direito que vocês me deram pra estar hoje aqui nessa plenária com vocês. Então eu vou explicar pra vocês *lo* que és um migrante, *lo* que és um refugiado e o que significa um apátrida.’ Eles escutaram com muita atenção. Eles, sabe...? Até desculpa, porque eles não tavam *entendiendo*. Então é muito importante que o povo brasileiro *comprenda* o que eles vêem como um migrante, como um apátrida, como um refugiado, porque a gente tá aqui, a gente é pessoa, a gente pode dar um valor importantíssimo pro crescimento do país.” Yelitza Lafont, registro de vídeo, 4 de julho de 2023.

No dia 5 de julho, a plenária de encerramento da 17ª CNS aprovou 245 diretrizes e 1.198 propostas, publicadas pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 719, de 17 de agosto de 2023 (Conselho Nacional de Saúde, 2023a). Esta resolução trouxe, de maneira inédita, 51 menções às populações migrantes, refugiadas e apátridas - trataremos dessa questão mais a fundo na próxima seção.

Apenas a diretriz número 4 da Conferência Livre não foi aprovada na 17ª CNS. Todas as propostas e as outras três diretrizes foram aprovadas, algumas com alterações e acréscimos de texto. Como foi aprovada, no eixo 3, uma diretriz não enviada pela Conferência Livre, mas que continha menção à população migrante, o número de diretrizes mencionando essas populações permaneceu o mesmo. Além disso, outras propostas que citavam as populações migrantes foram aprovadas, elevando o número de 20 para 24 propostas com menções a elas.

Tabela 5: Diretrizes e propostas aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde que mencionam as populações migrantes em sua redação

Diretrizes	Propostas aprovadas
Eixo 1 - O Brasil que temos. O Brasil que queremos.	
<p>1. Reconhecer os processos migratórios, internos e externos, forçados ou não, e suas consequências mais imediatas, enquanto determinantes sociais de saúde, agindo de maneira a produzir políticas públicas equitativas destinadas a atenuar disparidades de atendimento no Sistema Único de Saúde, a instituir uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas, e criando mecanismos efetivos de monitoramento e avaliação de tais políticas em parceria com a sociedade civil, em especial com os movimentos sociais das populações migrantes.</p>	<p>1. Defender orientação do Ministério da Saúde para as equipes de saúde não exigirem a identificação de pessoas usuárias, no caso de incapacidade social e cultural, como no caso de pessoas migrantes, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), indígenas, crianças, adolescentes indocumentados ou com documentação expirada no Brasil, reforçando o conteúdo da Portaria GM/MS nº 2.236/2021, para facilitar o acesso aos serviços de saúde, o que perpassa pela capacitação de profissionais do SUS sobre a possibilidade de regularização migratória por tratamento de saúde, de acordo com a Portaria Interministerial nº 8/2018.</p> <p>2. Criar mecanismos de acompanhamento diligente dos casos de trabalho precarizado e análogo à escravidão, de forma intersetorial com os órgãos competentes ao contexto do trabalho, bem como o acompanhamento longitudinal na prospecção de vagas de trabalho para migrantes atendidos por programas de interiorização, tráfico de entorpecentes, violência doméstica, e crime de exploração sexual, além de fortalecer medidas de segurança pública e policiamento em áreas rurais, de forma a garantir que as vagas intermediadas não sejam de trabalho precário</p>

	<p>ou análogo à escravidão, utilizando equipamentos públicos de saúde como potenciais sinalizadores de casos desse tipo.</p> <p>3. Criar, em articulação com os municípios e estados, estratégias de promoção à saúde de trabalhadores migrantes, em especial aqueles que participaram da estratégia de interiorização articulada pelo governo federal.</p> <p>4. Fortalecer a Rede Cegonha do SUS e com acesso para mulheres migrantes, fortalecendo referência e contrarreferência; incluir nas políticas públicas a Rede Materna e Infantil da diversidade étnico-racial das populações migrantes, em especial indígenas, via oferta de assistência intercultural e mediação linguística, bem como respeitando o direito ao parto humanizado e culturalmente sensível, com condições para que as mulheres migrantes consigam empregos formais, usufruindo dos direitos trabalhistas e da segurança social (oferta de creches para o cuidado de crianças e facilitando o acesso à educação).</p> <p>5. Destinar recursos específicos aos entes federados, visando a construção e fortalecimento das redes de enfrentamento à violência contra as populações estigmatizadas- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexos, Assexual (LGBTQIA+), indígena, quilombola, povos tradicionais de terreiros, imigrantes, população em situação de rua, população de ocupação urbana, pessoas com deficiência e outras - reconhecidas como sujeitos de direito do SUS, com garantia da integralidade do atendimento à saúde, educação permanente de profissionais e popular, serviços por linha de cuidado e que as ações sejam construídas em diálogo constante com a comunidade, movimentos sociais e lideranças dos territórios, fortalecendo as campanhas de promoção à saúde, prevenção e assistência sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/AIDS, varíola, monkeypox e outros, com reestruturação, e incentivar a atuação das redes de assistência às pessoas em situação de violência, pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Justiça e Ministério de Direitos Humanos.</p>
<p>Eixo 2 - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas</p>	
<p>2. Estimular a participação e representatividade de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas nos conselhos consultivos e deliberativos de participação popular e Controle Social do SUS, favorecendo a elaboração de políticas públicas de saúde para as populações referidas.</p>	<p>1. Produzir materiais informativos em múltiplas línguas com informações sobre o Conselho Nacional de Saúde, seu papel, suas atribuições e sua composição, além de realizar esforço de tradução de toda comunicação produzida sobre as eleições de pessoas</p>

	<p>conselheiras ao CNS, incentivando migrantes a se candidatarem.</p> <p>2. Criar uma Gerência de Migração e Saúde no âmbito da Coordenação do Acesso e Equidade, da Coordenação Geral de Saúde da Família e Comunidade, do Departamento de Saúde da Família e Comunidade, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, com função de implementação e fiscalização da política de saúde da população migrante, articulando com os vários níveis do Ministério da Saúde e produzindo orientações sobre o tema para a rede do SUS; criação, no âmbito desta gerência, de setor destinado a produzir e ofertar informação sobre a estrutura do funcionamento do SUS a imigrantes e refugiados, atuando na capacitação das pessoas trabalhadoras e gestoras, na análise de indicadores e na manutenção de Observatório específico sobre o tema.</p> <p>3. Criar a Comissão de Saúde dos Migrantes no Conselho Nacional de Saúde e estimular a participação de migrantes no referido Conselho, bem como estimular a participação dos migrantes no Controle Social para a implementação da Política de Atenção Integral à Saúde das Populações Migrantes, refugiadas e apátridas por meio da consulta prévia, livre e esclarecida na construção de políticas públicas, com promoção de seminários, audiências públicas e outros, promovendo ativamente a participação de migrantes em Conselhos Gestores das Unidades Básicas de Saúde, quando houver; fornecer canais multilíngues de denúncia por meio da Ouvidoria do SUS, e capacitar profissionais responsáveis pelo atendimento para receberem reclamações e denúncias das populações migrantes em vários idiomas.</p> <p>4. Garantir as ações, em ambientes presenciais e/ou online, para qualificação em Educação Popular e Educação em Saúde, que permita uma incidência política e controle social, criando ligações com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), propostos pela ONU, na Agenda 2030, bem como ampliar ações e estratégias qualificadas e efetivas no enfrentamento da tuberculose, HIV e Aids e coinfeção TBHIV, garantindo a produção de dados epidemiológicos, sobre todas as populações vulnerabilizadas e negligenciadas, considerando seus marcadores sociais, em especial: população privada de liberdade, população em situação de rua, adolescentes e jovens, pessoas idosas, imigrantes, população negra, povos originários e tradicionais e populações trans que vivem e convivem com HIV/Aids e Tuberculose.</p> <p>5. Promover a articulação entre os</p>
--	---

	<p>conselhos de saúde, conselhos de políticas setoriais e os movimentos sociais e sindicais, para o enfrentamento de iniquidades em saúde que atingem determinados grupos, tais como: mulheres privadas de liberdade e egressas; indígenas; quilombolas; em sofrimento psíquico; em situação de rua; mulheres LBT (lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais); negras; do campo, da floresta e das águas; ribeirinhas; imigrantes e refugiadas; ciganas; indígenas; vivendo com HIV/AIDS; profissionais do sexo; pessoas com deficiência; usuárias de álcool e outras drogas, dentre outras, em todo o seu ciclo de vida.</p> <p>6. Destinar financiamento específico para ações e estratégias de vigilância em saúde e ambiente em todo território nacional, incluindo infraestrutura e recursos humanos qualificados, em especial nos locais de fronteiras, terras indígenas e quilombolas e priorizando populações vulnerabilizadas, tais como: negra, LGBTQIA+, pessoas com deficiência, migrantes, refugiadas, apátridas, povos e comunidades tradicionais, povos indígenas, pessoas trabalhadoras expostas a situações de risco, trabalhadoras sexuais, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e em situação de rua.</p>
--	--

Eixo 3 - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia

<p>3. Garantir a devida observação de questões linguísticas, culturais, sociais, econômicos, étnico-raciais e de gênero na estruturação da oferta de serviços do Sistema Único de Saúde, assegurando o devido acesso à informação sobre o SUS em diferentes línguas e estimulando a adoção de ações que considerem as especificidades das populações migrantes em políticas já existentes.</p> <p>4. Assegurar a universalidade do acesso às ações e serviços de saúde, com financiamento adequado e suficiente, considerando as necessidades da população brasileira e dos migrantes, conforme os princípios do SUS.</p>	<p>1. Elaborar, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas, uma Estratégia de Saúde para Migrantes que garanta o acesso equitativo e seja constituída por um conjunto de protocolos e diretrizes que orientem as ações da Rede de Atenção à Saúde, prezando pela integralidade do atendimento e não separação de serviços exclusivos para pessoas migrantes.</p> <p>2. Promover a capacitação de profissionais de saúde, principalmente os da atenção básica, para identificar e acompanhar situações de exploração de pessoas trabalhadoras migrantes, observando as interseções com o tráfico de pessoas e o trabalho análogo à escravidão, utilizando equipamentos públicos de saúde como potenciais sinalizadores e criando estratégias de promoção à saúde de pessoas trabalhadoras migrantes, com ações em articulação com os municípios e estados, estratégias locais de promoção à saúde de pessoas trabalhadoras migrantes, trabalhando em diálogo com o Ministério do Trabalho para uma maior prevenção do trabalho escravo, fiscalização e capacitação do uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI).</p>
---	--

	<p>3. Garantir acesso e utilização aos serviços de assistência social e de saúde das populações historicamente vulnerabilizadas e implementar ações de vigilância, para todas, incluindo trabalhadoras, ciganas, comunidade LGBTQIA+, da floresta e das águas, em situação de violência, indígena, mulher da região amazônica, mulher migrante, mulher pescadora, mulher negra, mulher com deficiência, mulher com problemas de saúde mental, mulheres de matriz africana, mulheres em situação de rua, mulheres do campo, mulheres privadas de liberdade, mulher quilombola, mulher refugiada e demais grupos vulnerabilizados.</p> <p>4. Ampliação do acesso aos serviços da rede de proteção à mulher migrante, com respostas sensíveis à questão de gênero para as migrantes recém-chegadas em regiões e postos de fronteira (como em abrigos e centros de saúde), contemplando a atenção psicossocial.</p> <p>5. Assegurar que o repasse fundo a fundo efetivado pelo Ministério da Saúde seja realizado com a inclusão de dados de relatórios de imigrantes disponibilizados trimestralmente pela Polícia Federal à autoridade sanitária municipal com base na solicitação de residência realizada por imigrantes.</p> <p>6. Criar, garantir e financiar centros e ambulatorios (com biossegurança) de acolhimento e cuidado para pessoas afetadas pela Tuberculose (TB) e que vivem com HIV/Aids (PVHA), bem como fortalecer políticas públicas intersetoriais e políticas de rastreio para acesso, identificação, diagnóstico, acesso a novas tecnologias e investimento em pesquisas para tratamento imediato da TB e do HIV. Garantir a capacitação de profissionais do SUS e SUAS sobre TB/HIV/Aids e acolhimento das pessoas nas suas especificidades como PVHA, população LGBTQIA+, adolescentes e jovens, população negra, quilombola, povos originários, cigana, imigrante, em situação de rua, privada de liberdade, povos e comunidades tradicionais de terreiro, povos e comunidades tradicionais, população idosa, vítimas de violência, gestantes, trabalhadoras e profissionais do sexo, ribeirinhas, atingidas por barragens, pessoas com deficiência, entre outras populações vulnerabilizadas e/ou negligenciadas.</p>
Eixo 4 - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas	
SEM DIRETRIZ APROVADA	<p>1. Oferecer serviço de Atenção Básica específico para os migrantes indígenas, inclusive indígenas não aldeados e indígenas em contexto urbano, pela atuação do Distrito</p>

Sanitário Especial Indígena (DSEI), da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), em coordenação com a Atenção Básica e, em situações emergenciais, pela adaptação do Consultório na Rua, do SUS, com orientação do DSEI, fomentando a contratação de lideranças espirituais/medicinais nos serviços de atenção em saúde para viabilizar o cuidado intercultural, com criação de um Conselho de Sabedorias Indígenas em Saúde, além de Casas de Medicina Tradicional Indígena no âmbito da rede de atenção básica do SUS, com a garantia de repasse de verbas do Ministério da Saúde para a SESAI, voltado especificamente para indígenas migrantes e refugiados, considerando o contexto dos deslocamentos para áreas urbanas, a necessidade de uma perspectiva intercultural, da proteção à infância, da saúde sexual e reprodutiva e da saúde mental indígena.

2. Promover e fortalecer as Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS) na atenção à saúde dos migrantes, em especial na Atenção Básica, estimulando a interação intercultural entre migrantes e a população local, que implique a formação e contratação de mediadores interculturais migrantes, treinamento em relação ao funcionamento e ao direito de acesso ao SUS, observância das questões étnico-raciais e de gênero, priorização da Atenção Básica e nos serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas áreas de maior concentração de uma população.

3. Estimular a criação e a manutenção de uma agenda de pesquisa sobre a interface entre migração e saúde, com a criação de um Observatório sobre o tema; investir nos processos de formação em saúde com enfoque na saúde dos migrantes, tais como: residências multiprofissionais em saúde com enfoque na saúde dos migrantes, Programa de Educação pelo Trabalho para o SUS (PETs), demais especializações lato sensu e stricto sensu, PIBICs e extensão com enfoque nessa população.

4. Aprimorar e avaliar continuamente as bases de dados administrativos do governo com inclusão de variáveis, tais como "nacionalidade", "idiomas", "etnia indígena" e com a garantia que os sistemas aceitem a inserção de formato relacionados aos diversos documentos de migração; além do compartilhamento entre bases de informações que contemplem as especificidades de gênero, raça e etnia das populações migrantes e refugiadas, observando as melhores práticas de gestão da informação, a proteção de dados e as diretrizes de direitos humanos.

	<p>5. Ampliar e garantir o repasse de recursos financeiros da união, estados e municípios destinados aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em todos os níveis de atenção, com: previsão de construção de sedes próprias para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ampliação das equipes de Atenção Básica incluindo profissionais de Saúde mental; qualificação e ampliação de leitos de Saúde mental em hospitais gerais e outros dispositivos de atenção à crise; fomentar a formação de profissionais, a educação permanente e o matriciamento na perspectiva da clínica ampliada, fortalecimento das políticas de saúde transversais para mulheres, crianças, adolescentes, população negra, indígena, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), pessoa com deficiência e situação de rua, imigrantes, entre outros.</p> <p>6. Promover a educação permanente de servidores públicos do SUS sobre migração, atendimento culturalmente sensível, acolhimento de diferentes manifestações culturais e narrativas de experiências individuais, observando questões étnico-raciais e de gênero, com a participação social de migrantes nas atividades de qualificação das equipes de saúde, visando à horizontalidade da transmissão e da valoração dos saberes e sensibilizando os conselhos de classe das profissões da rede de atenção à saúde para a necessidade da mediação intercultural por meio de mediadores interculturais migrantes nos encontros de saúde, levando em conta questões étnico-raciais e de gênero.</p> <p>7. Estruturar equipes de políticas de equidade (saúde da população negra, ribeirinha, em situação de rua, povo indígenas, migrantes, pessoas idosas, comunidades tradicionais, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), pessoas com deficiência e demais populações), com orçamento e financiamento, no âmbito de todas as esferas do governo, com enfoque na formação e inserção de todas as categorias profissionais de saúde no trabalho em equipe multidisciplinar, em ações de prevenção específicas destes grupos, em consonância com a diretriz de equidade do SUS.</p>
--	---

Conselho Nacional de Saúde, 2023a.

É importante destacar a aprovação de diversas novas propostas ligadas à previsão de financiamento para a elaboração de ações. É sobre isso que falaremos na próxima sessão.

“Não cante vitória muito cedo, não.”³³

Duas resoluções foram publicadas pelo Conselho Nacional de Saúde tratando dos resultados da 17ª CNS. A primeira foi a Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023 (Conselho Nacional de Saúde, 2023b) - cerca de quinze dias após o fim da conferência -, que dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual 2024-2027 e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª CNS e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde - ou seja, a que, na prática, incide sobre o orçamento da saúde. O Plano Plurianual (PPA) é o instrumento central do planejamento público brasileiro, nos três níveis da federação. A segunda foi a Resolução nº 719, de 17 de agosto de 2023 (Conselho Nacional de Saúde, 2023a), que dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª CNS com o objetivo de pautar e subsidiar a atuação do Conselho Nacional de Saúde nos quatro anos seguintes à 17ª CNS.

De maneira prática, a Resolução nº 715 serve para orientar quais são as ações a serem priorizadas pelo Ministério da Saúde nos quatro anos seguintes à 17ª CNS, incidindo de maneira mais efetiva na garantia de financiamento para as ações, por exemplo. A Resolução nº 719, mais elástica, não estabelece compromissos objetivos, e cumpre o propósito de dar publicidade às decisões da 17ª CNS. Na primeira, não há qualquer menção às populações migrantes, a despeito da aprovação das propostas na 17ª CNS e da Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes ter sido a 11ª maior conferência livre entre as 99 organizadas como etapas preparatórias da 17ª CNS. Já a segunda, que contém 51 menções às populações migrantes, não acarreta nenhum compromisso objetivo, dependendo majoritariamente da vontade política dos Conselheiros para pautar os temas, que definem também com quem o diálogo será estabelecido e sob quais termos. Assim, a animosidade entre o Conselheiro e parte da delegação é central para a compreensão do desenrolar político desse processo de mobilização: uma parte possui a chave do porão, o outro tenta arrombá-lo de dentro, como veremos na próxima seção.

Além disso, as disputas internas também são relevantes. Tanto o Conselheiro, como servidores do Ministério da Saúde reportaram que outros membros do Conselho Nacional de Saúde ligados aos movimentos negros brasileiros atuam para

³³ Trecho da música “Não leve flores”, de Belchior, lançada em 1976 no álbum “Alucinação”.

subsumir as demandas das populações migrantes à pauta antirracista no Conselho. O motivo estaria ligado ao fato de que já existe, desde 2009, uma Política Nacional de Saúde da População Negra sem que haja orçamento para financiar sua execução. Assim, a emergência de uma “outra população” a ser atendida e de uma nova política a ser financiada é uma ameaça, já que a gestão pública trabalha para alocar recursos escassos - e quanto mais pessoas têm direito a políticas de equidade, menos direito há para ser acessado, pois menos orçamento há para a garantia desses direitos.

Ademais, argumentam esses Conselheiros, as principais demandas das populações migrantes relativas ao SUS derivariam da experiência do racismo por migrantes negros, dispensando outras ações específicas: ao se criar políticas de equidade para as populações negras, grande parte dos migrantes já estaria contemplada, não restando quaisquer outras medidas a serem adotadas. Assim, em um contexto de intenso desfinanciamento do SUS, diversas populações historicamente marginalizadas, inscritas sob a mesma rubrica da equidade, digladiam-se por pedaços do orçamento capazes de garantir a implementação de suas políticas e a efetivação de seus direitos. Frequentemente, os avanços podem ser barrados não por inimigos declarados, digamos a extrema-direita, mas sim por aqueles que consideramos aliados “naturais”, preocupados que seus quinhões, já tão diminutos, estariam ameaçados.

Das picuinhas: por uma política antiporão

Para finalizar, voltemos aos conflitos que abrem este capítulo entre um dos Conselheiros Nacionais de Saúde - o Conselheiro - e membros da delegação migrante. Este Conselheiro é particularmente importante por sua posição de destaque para a pauta da saúde dos migrantes: ele é o único representante de movimentos que trabalham com essas populações no Conselho Nacional de Saúde. A cadeira ocupada por ele foi conquistada pela Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) em uma chapa em que ele figurava como 3º suplente ligado ao Serviço Pastoral do Migrante (SPM).

No primeiro dia do evento, estávamos gravando o depoimento de Yelitza para o mini-documentário sobre a participação da delegação migrante na 17ª CNS. Eu

comecei a gravação e pedi para ela se apresentar. Ela, então, contou sua história de vida por mais de vinte minutos, passando por várias das agruras vividas durante a jornada: frio, fome, xenofobia, o sequestro de um familiar, doenças em razão das condições de vida precárias, entre outras coisas. Em conversa com Yelitza, ela conta o que se seguiu a isso:

“Ele me chamou um dia, eu não falei pra ti, o senhor... esse [Conselheiro], e me falou bem assim: 'Ah, eu queria falar contigo. Tua história. É bonita, né? Sua história de luta. Mas eu queria te falar: o migrante não deve estar comentando esses episódios de tristeza e de dor. A pessoa tem que contar o sucesso'. *Yo entendí* que eso de ficar chorando, de ficar contando 'que *pobresito nosotros*', e que a gente merece... así como 'me ajuda, me ajuda, olha como *yo estoy*...' Eu falei: 'não senhor, o senhor acho que não entendeu. Eu conto sim a história de como eu cheguei. Mas uma coisa você não escutou, você não escutou a outra parte, que eu sou uma mulher empoderada agora. Que eu não estou aqui pra trazer problema pra ninguém, eu estou aqui pra solucionar, pra dar parte da luta do Brasil, dos migrantes. Eu sou um exemplo hoje em dia. É verdade, eu cheguei na rua, eu cheguei dormindo na rua. Eu comia até do lixo, entende? Mas eu, hoje em dia, sou outra pessoa, empoderada. O senhor não escutou isso então, entende?' Eu não estou aqui dando um discurso de tristeza, de dor pra comover ninguém e pra que eles me dêem. Eu estou aqui para dar *un aliento* para aqueles migrantes que me escutam, que eles me entende que a gente não veio pra cá pra isso, que a gente veio pra ter foco, pra ter força, entender que a gente quer participar, a gente quer oportunidade, a gente tem que ir atrás dela.” Yelitza Lafont, comunicação pessoal, 30 de novembro de 2023.

Falando sobre outros episódios, Yelitza prossegue:

“Depois o Garry e Alberto e *el otro* menino, não lembro o nome, a gente ficava até falando dele sempre porque a gente achava que ele colocava sempre a pessoa no último lugar, entende? A nós. Um dia, a gente queria tirar uma foto com todas as bandeiras pra ter uma lembrança de a gente haver ido até lá, sabe que me falou? 'Não posso.' A gente falou: 'Moço, me empresta *la bandera* da Venezuela? Eu *quiero* tirar uma foto.'. Falou 'não posso, não, não.' 'Por quê?' 'Posso não'. É como assim, 'você não entendeu?' Foi a única coisa que faltou falar pra mim. E todos nós ficamos com a boca aberta, porque a única que levou bandeira foi eu e Garry, que levou uma coisa bem pequenininha, lembra? Então todos nós queríamos tirar foto, ele não deixou. Outra coisa, ele tinha muita preferência com aquele menino... acho que ele é peruano, né? Eu gosto muito dele, mas ele... como eles são religiosos, tem sua coisa da Igreja Católica, que eu respeito muito, né? Eu não sou católica, mas eu respeito as pessoas católicas. Eu via que ele tinha certa preferência só com esse menino. Mas eu não falava nada, eu só observava. Muitas vezes eu encontrei com ele lá

no *comedor*, e ele nem olhava pra mim. Era como se eu não estava. Eu também fazia a mesma coisa, porque ele não é mais importante que eu, nem eu sou mais importante que ele. Eu ficava na minha.” Yelitza Lafont, comunicação pessoal, 30 de novembro de 2023.

As questões relatadas por Yelitza, e o exemplo de Garry no início deste capítulo, são importantes por uma série de fatores. Em primeiro lugar, há a reiteração da tentativa de tutela e controle da fala, e, na impossibilidade de se fazer isso, há a tentativa de silenciamento ou a ruptura da relação. Na fala de Yelitza, a tutela vinha na forma de uma recomendação para não mencionar as dificuldades vivenciadas durante o processo migratório de maneira a evitar uma espécie de *coitadismo*, sob essa perspectiva. Essa abordagem, muito comum entre organizações que, como as que o Conselheiro representa, precisam demonstrar a vulnerabilidade universal das populações migrantes como maneira de justificar seu trabalho e seu financiamento, seria inadequada para Yelitza. *Histórias tristes* estão disponíveis para extração, mas não para usufruto dos próprios donos, em uma relação marcadamente colonial. Ela, no entanto, recusa a tutela e reforça que é precisamente por meio das injustiças vividas que ela atesta seu *empoderamento*, seu acesso a este quinhão de poder que, ainda que diminuto, legitima politicamente sua fala. A utilização das histórias tristes pode ser feita, afirma Yelitza, na medida em que garanta uma redistribuição de poder e uma reconfiguração da relação colonial.

O mesmo acontece no caso de Garry, que, insubmisso, decide a um só tempo causar um constrangimento público à organização do evento após ser alertado pelo Conselheiro para não fazê-lo, e denunciar o racismo sofrido, conectando duas lutas políticas mantidas artificialmente apartadas: a dos migrantes e a das populações negras brasileiras. Diego, delegado eleito pela Pastoral dos Migrantes e apontado por Garry e Yelitza como “o preferido”, avalia a fala de Garry que causou o conflito:

“Com relação a Garry, eu não gostei da fala. Por um lado, a posição que ele adota, ele foca mais em defender as pessoas pretas... defender a igualdade de raças, e termina saindo do foco que é os migrantes.” Diego Cruz, comunicação pessoal, 30 de novembro de 2023.

Vemos, portanto, que não apenas a forma como se deu a requisição de fala de Garry foi um problema, mas também o conteúdo de sua fala enfatizando a

importância das experiências de racismo sofridas por migrantes negros, em especial em contextos de saúde (Branco-Pereira, 2018). A recusa à tutela é vista como confrontação e indocilidade, e causa a disrupção da relação (Branco-Pereira, 2019), que requer a domesticação para ser pacífica (Vasconcelos, 2018). Além disso, é preciso enfatizar que nada disso ocorre em um vácuo de contexto político, e os delegados percebem isso ao denunciar a preferência do Conselheiro pelo delegado que atuava na Igreja Católica. A relação com os demais, ao contrário, é fluante, ora simpática - apresentando-os a personalidades importantes, em momentos de *extrativismo* -, ora hostil - cruzando no *comedor* e fingindo que não viu, em momentos de falta de interesse. Isso também define quem receberá os passes para fora do porão, reiterando as tentativas de trancar os indóceis.

Considerações finais

A participação popular no SUS é um importante instrumento de democracia participativa, embora limitado. É importante frisar que o exemplo de *política antiporão* trazido neste capítulo não é, no entanto, a participação popular por si só, mas o que se faz com este instrumento que, sem abordagem crítica, se torna mero mecanismo de cooptação e domesticação de demandas políticas. A política antiporão inicia-se quando, diante da catástrofe, exige-se o registro e o reconhecimento da vida dos habitantes do porão enquanto uma realidade, não enquanto uma perspectiva falseada. Produz-se memória e registros simbólicos capazes de ecoar os acontecimentos para além do presente.

Como os símbolos têm agência (Wagner, 2017) e materialidade (Haraway, 2019), o registro, por si só, produz uma realidade que disputará esse jogo de validação junto a árbitros coletivos e externos: os fenômenos e quem por eles estão envolvidos poderão pleitear o direito de serem *reais*, de terem realmente existido. Assim, a pandemia produziu, de maneira inédita, os eventos de debate e proposição de ações para as populações migrantes no SUS. Este é o primeiro elemento da política anti-porão: a *disputa pela realidade* dos fatos apresentados na arena política. A mobilização iniciada por estes eventos permitiu que a alegação de que o sistema é universal não pudesse mais ser utilizada enquanto sinônimo de que haveria garantia do direito à saúde a essas populações, sublinhando a necessidade de políticas de

equidade e sistematizando todas as motivações para que essa demanda seja levada a sério enquanto um fato real.

O segundo elemento é a *recusa à morte*, que, de maneira bem prática, sabota a tentativa de ser lançado ao mar durante a tempestade moderna. Colocar-se entre dois brancos é necessário para não ter que disputar respiradores - recursos escassos - com mais pessoas brancas. Disputar a fala com os brancos em uma Conferência Nacional de Saúde é, de certa forma, também uma tentativa de evitar disputar respiradores - e outros ativos - com brancos. Afirmar suas agruras e quase-mortes também é uma forma de reafirmar a vida e o empoderamento: afirmar a derrota para evidenciar a vitória, recusando relações extrativistas. Assim, viver é fazer viver um mundo possível, recusar a morte é garantir, por meio da própria existência, que ainda exista a possibilidade de destruir os porões do mundo.

O terceiro elemento é a *recusa à tutela* por meio de uma postura de insubmissão e indocilidade. Esses grupos historicamente vulnerabilizados - neste trabalho representados por migrantes racializados, mas que não se restringem a eles - passam a ter voz própria, e não apenas: passam também a dismantlar simbolicamente os mecanismos que - sabem - os trancaram no porão. O dismantelamento simbólico, que é também um dismantelamento material dos mundos cujas relações se dão a partir do porão, causa animosidades e hostilidades, além de tentativas de criação de novos porões. Vistos como picuinhas diante da realidade técnica da feitura da política, esses eventos decidem o rumo de determinadas iniciativas. O conteúdo politicamente incômodo - o racismo (da vacinação à conferência livre), a instrumentalização política de pessoas que reivindicam sua própria agência, e outros descritos ao longo deste trabalho - deixa de ser uma alucinação para ganhar realidade por meio da ruptura e da recusa à tutela.

O elemento final é a *demanda por reparação efetiva* conquistada a partir dos movimentos de recusa. Essas mobilizações, no entanto, são processos frágeis diante da força das engrenagens em movimento nesses contextos. Assim, a resolução que distribui recursos continua ignorando as vitórias políticas das populações migrantes, enquanto a resolução simbólica, que publiciza as propostas aprovadas e concede o poder de efetivá-las a atores como o Conselheiro, se permite mencioná-las. A reparação efetiva se dá no tempo dos senhores, do Estado e do capital, levando décadas para se consumir, e frequentemente colocando habitantes

do porão para digladiarem-se entre si pelas migalhas de possibilidades de sair de lá - o neoliberalismo não descansa. Aqui situa-se um cadafalso, já que este é um dos mecanismos de domesticação e cooptação das lutas políticas de populações historicamente vulnerabilizadas precisamente porque concede passes - ou *vouchers* - limitados para fora do porão sob a condição de renúncia às demandas políticas anteriores e de afastamento de determinados atores políticos contestadores.

Por fim, é preciso reforçar uma vez mais a heterogeneidade das populações migrantes e dos contextos em que estão inseridas no Brasil. Este é um cenário em constante mudança, e não há vácuo de contexto na escolha das lideranças que serão escutadas. Assim, é por meio da contextualização e da identificação que compreendemos as alianças possíveis a serem feitas, já que a política antiporão não se faz por atestado de boa-fé: é preciso romper com as lógicas coloniais que fabricam a tempestade moderna e as relações a partir do porão que ela engendra.

Conclusão: quais mundos existirão?

Este trabalho procurou refletir sobre as resistências políticas de migrantes durante a pandemia de Covid-19. Anunciada como o fim do mundo - um mundo-em-si, universal e unívoco -, a pandemia representou, na verdade, a continuidade de um mundo de dominação e exploração colonial, aprofundando desigualdades e assimetrias de poder já existentes. Procurei argumentar que os *senhores* configuraram a catástrofe enquanto uma oportunidade de prosperidade excludente, instrumentalizando a tempestade como um mecanismo de concentração de poder político e econômico. Diante da hecatombe, lançou-se ao mar as *commodities*, transformando seu medo diante da morte em alucinação, descartando suas demandas políticas por meio da desrealização dos fatos que as fundamentam - primeiro não os registrando, e depois dizendo que não há nada a ser feito por falta de registro que ateste que o problema era real.

A semiologia esteve profundamente implicada neste processo. As disputas de narrativas envolveram negacionistas de um lado e, por oposição, positivistas de outro. A Ciência (com C maiúsculo), politicamente pensada enquanto um conjunto de saberes técnicos, despida das lentes matizantes que enviesam a percepção do mundo-em-si, e distante das disputas políticas e ideológicas mundanas, age como fiadora da realidade e de um sistema econômico do qual é beneficiária. Negacionistas e positivistas, no entanto, dançaram a mesma dança da hegemonia neoliberal, imbuídos na concretização de um mesmo propósito, mas por caminhos diferentes. A história semiótica da pandemia mostrou que as campanhas de vacinação trataram de preparar o terreno para um retorno descomedido à atividade econômica e todas as relações de exploração que dela derivavam, expondo desigualmente os mais pobres, os não brancos e os trabalhadores, às mesmas lógicas econômicas de exploração que existiam anteriormente ao surgimento do vírus. O vírus, assim, torna-se um mero detalhe neste contexto. A pandemia acaba administrativamente por meio de decisões das burocracias estatais em parceria com o capital, demonstrando que à medida que quem estava no convés do navio-mundo passou a sentir-se seguro, a segurança daqueles vulnerabilizados já não tinha mais

tanta importância. Terminava aí a propaganda democrática da doença. Agrupados em uma massa indistinta de “negacionistas” resistentes à conversão à modernidade requerida como passaporte para o pós-pandemia, as mortes dos não vacinados eram encaradas com alívio ou celebradas, e a vida seguia seu curso rumo ao próximo desastre.

Os positivistas, aliás, também estiveram envolvidos no retorno, ainda que temporário, de critérios raciais para a política migratória brasileira. A adoção de passaportes vacinais, articulada ao chamado *apartheid* de vacinas, representou, na prática, o estabelecimento de mecanismos de facilitação da migração oriundas de países de maioria branca, ex-metrópoles coloniais ou potências imperiais, em detrimento daquela originada em países de maioria não-branca, ex-colônias e situados nas franjas do capitalismo global. A exigência, cuja origem está na co-gestão (seletiva) da pandemia pelo Poder Judiciário brasileiro, foi a epítome da posição positivista neoliberal durante a pandemia ao aprofundar mecanismos coloniais e globais de exclusão e racismo sob a égide do combate à extrema-direita, a quem se opunha de maneira estética, e da defesa da Ciência - mas só da que interessava.

O passaporte vacinal tornava-se, assim, a exigência de uma declaração política de conversão à modernidade e de negação do negacionismo, uma máquina de viagem no tempo (Branco-Pereira, 2019, 2020) capaz de trazer pré-modernos ao presente - que, não obstante, continuava excludente, segregacionista e racista. Os positivistas determinaram que os pré-modernos, fossem os que comiam morcegos, os suscetíveis a serem enganados por notícias falsas (ainda que *semi-falsas*) ou os adeptos de métodos terapêuticos não-científicos - um amplíssimo espectro de práticas que vão desde as práticas de cura de saberes tradicionais e as curas simbólicas (Pasternak e Orsi, 2023) à ivermectina e cloroquina - devem converter-se, ou morrer. De preferência, longe da vista. Assim, a universalidade do SUS abarcava os cidadãos de países que causaram o *apartheid* global de vacinas e enriqueceram a partir da exploração colonial, enquanto tornava proibitivo o acesso dos excluídos da prosperidade do mundo - ainda que a tenham construído - , e que precisavam dela para se vacinar, por exemplo.

A ideia de universalidade explicita as dinâmicas de poder envolvidas entre humanos e aqueles considerados infra-humanos. A universalidade, aqui, versa sobre tudo que deve ser considerado enquanto imune à contextualização: o

conhecimento produzido pela biomedicina e pelas *hard sciences*, a condição de humanidade, e de, portanto, acesso a direitos *humanos*. A contextualização, no entanto, evidencia os limites dessa proposta moderna, e por essa razão é combatida por determinados atores, avessos aos tensionamentos sobre quais campos de conhecimento vão ter a prerrogativa de definir a *realidade* objetiva do mundo e de suas relações, quem será considerado humano, e quem, por isso, terá direitos garantidos. Procurei demonstrar que a discussão sobre a universalidade do SUS está permeada por essa lógica, ainda que alegadamente combata os riscos derivados da identificação - que, sob essa perspectiva, funda a violência e a segregação. Argumentei que, ao contrário, a identificação torna a violação *real*, evidenciando os porões do navio-mundo. Assim, a ideia de que o Estado precisa dar conta das especificidades dos contextos é tomada enquanto criação de privilégios ou de risco, não enquanto reparação ou garantia de direitos básicos - que, aliás, vão acabando à medida que grupos a quem esses direitos foram historicamente negados os acessam, da forma como isso é elaborado por alguns atores. A perspectiva do direito escasso responde, portanto, à noção neoliberal de que gerir direitos é gerir recursos, e esses são finitos: para que alguns tenham, outros devem não ter. Sobrepõem-se, assim, as noções de privilégio e de direito: se ter direitos não é para todos, é um privilégio.

Simultaneamente, as manifestações oriundas de agentes estatais frequentemente reforçam outra noção de risco: a de risco epidemiológico. Entre a garantia de direitos e o estabelecimento de mecanismos de vigilância e controle sanitário, o Estado frequentemente deu relevo à última durante a pandemia - e defendeu essa postura enquanto técnica e neutra, a única possível. Diante da tempestade, portanto, a garantia de direitos dessas populações tornadas despossuídas pelo jugo colonial ficou em segundo plano. A metáfora do navio-mundo-negreiro que atravessa a tempestade é particularmente produtiva aqui, pois essa postura demonstra como os do porão serão tratados durante o tempo das catástrofes que se iniciou com o Plantationceno. Olhar para os eventos aqui descritos permite que possamos prever os ataques que se anunciam no horizonte, e vislumbrar as possibilidades de garantir direitos diante do fim do mundo.

No caso dos migrantes racializados, procurei demonstrar que eles são afetados de múltiplas maneiras por essa configuração colonial, e que os processos de racialização foram mais determinantes do que diversos fatores, como possuir ou

não documentos, para a garantia do direito à saúde durante a pandemia - algo que já venho argumentando há algum tempo (Branco-Pereira, 2018, 2019, 2020). Deliberadamente colocados fora-do-mundo - embarcados, mas fora da vista -, foram punidos com o apartheid global de vacinas, com as fronteiras porosas às mercadorias e sólidas às pessoas - em especial às racializadas -, com a negação do reconhecimento da exclusão sofrida, com a defesa de uma universalidade inequalizável que exclui por não considerar as especificidades, e que responde à estruturação de uma neurose cultural (Gonzalez, 1984) profunda e historicamente racista. Procurei, no entanto, não reificar a condição universal de vulnerabilidade dessas pessoas, dando ênfase à maneira como apenas por meio da resistência ativa e do engajamento político é que se garantiu o mínimo.

Conscientes de que são alvos, esses diferentes indivíduos e grupos engajaram-se na construção não apenas de estratégias de sobrevivência - outro aspecto frequentemente enfatizado na literatura (Sampaio, Almeida e Silveira, 2023; Silva, Pulido e Menezes, 2021) -, mas na proposição de modos de existência e de garantia de direitos - *viver*, não sobreviver. Os esforços de mobilização e a construção de uma política antiporão caminham, sobretudo, no sentido da construção de mundos coabitáveis - ainda que de maneira não diplomática, como veremos logo mais. Poder produzir um mundo enquanto possível - ou seja, da esfera do *real* - é o primeiro passo para criá-lo enquanto realidade material - i.e., a materialidade simbólica precede e funda a materialidade física, já que a viabiliza cognitivamente. Por consequência, poder imaginar outros mundos enquanto realidade também possibilita a destruição da materialidade *deste*.

Assim, as ações de vacinação para migrantes racializados nas periferias de São Paulo, a campanha “Nacionalidade no SUS”, a Plenária Nacional Saúde e Migração, a Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes e a atuação da delegação de migrantes na 17ª Conferência Nacional de Saúde poderiam ser vistos enquanto mecanismos de construção diplomática de mundos em comum (Latour, 2014), como já sugeri em outros momentos (Branco-Pereira, 2019; 2020). No entanto, prefiro aprender com o campo etnográfico: elas são frequentemente percebidas e significadas pelos atores em campo como uma ruptura precisamente porque reivindicam uma reconfiguração das dinâmicas de poder nesses contextos. Essa reconfiguração não se dá em termos diplomáticos pois uma das exigências para a existência de uma relação diplomática nos contextos aqui

apresentados é justamente a docilidade e a submissão daqueles que demandam de fora-do-mundo diante do não atendimento das demandas colocadas - à vida, à equidade racial, à saúde, à fala sem tutela, à própria história.

A *política antiporão*, nada diplomática, só existe porque existe ruptura. A *disputa pela realidade* - do racismo, da desigualdade econômica, da violação de direitos, dos sofrimentos e agruras -, a *recusa à morte* - biológica, política, simbólica, subjetiva -, a *recusa à tutela* - política, discursiva -, e a *demanda por reparação efetiva* - material, política, subjetiva - são seus elementos constitutivos. Ela não leva necessariamente à vitória pragmática do ponto de vista da política do Estado (i.e., a inclusão, na prática, de determinados elementos nas políticas públicas), mas produz efeitos de reconfiguração das relações e cria tensionamento para que haja uma redistribuição de poder. Como produzir mecanismos de cidadania e direitos humanos diante da catástrofe (Segata, 2022)? Parte dos migrantes racializados têm proposto: pela ruptura.

Referências bibliográficas

ADAM, Karla; BOOTH, William. Immigration worries drove the Brexit vote. Then attitudes changed. **The Washington Post**, Washington, D.C., 16 nov. 2018. Disponível em: https://www.washingtonpost.com/world/europe/immigration-worries-drove-the-brexit-vote-then-attitudes-changed/2018/11/16/c216b6a2-bcdb-11e8-8243-f3ae9c99658a_story.html. Acesso em: 7 dez. 2023.

ADAMS, Vincanne. 2016. **Metrics: What Counts in Global Health**. Duke University Press. <https://doi.org/10.1215/9780822374480>.

AHORSU, Daniel Kwasi; LIN, Chung-Ying; IMANI, Vida; SAFFARI, Mohsen; GRIFFITHS, Mark D.; PAKPOUR, Amir H. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. **International Journal of Mental Health and Addiction**, v. 20, n. 3, p. 1537–1545, jun. 2022. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.

ALMEIDA-FILHO, Naomar; KAWACHI, Ichiro; PELLEGRINI FILHO, Alberto; DACHS, J. Norberto W.. “Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971–2000) and Descriptive Content Analysis (1971–1995).” **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 12, pp. 2037–43, 2003. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.12.2037>.

AMÂNCIO, Thiago. Medo do coronavírus aumenta, mas isolamento total diminui, mostra Datafolha. **Folha de São Paulo**, São Paulo, jun. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/medo-do-coronavirus-aumenta-mas-isolamento-total-diminui-mostra-datafolha.shtml>. Acesso em: 8 dez. 2023.

ANTHIAS, Floya; YUVAL-DAVIS, Nira. 2005. **Racialized Boundaries: Race, Nation, Gender, Colour and Class and the Anti-Racist Struggle**. Routledge, 2005. <https://doi.org/10.4324/9780203992920>.

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 789 de 11/05/2023 - Revoga a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 754, de 29 de setembro de 2022, e a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 759, de 3 de novembro de 2022, em virtude do encerramento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII declarada em virtude do surto decorrente do novo Coronavírus - SARS-CoV-2. 11 maio 2023. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1792_21_07_2020.html.

Acesso em: 13 dez. 2023.

APPADURAI, Arjun. **Fear of Small Numbers: An Essay on the Geography of Anger**. Public Planet Books. Durham: Duke University Press, 2006.

“AQUI NÓS NÃO BRIGAMOS COM A CIÊNCIA”, DIZ DORIA AO PRORROGAR QUARENTENA. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 17 abr. 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/04/17/interna_nacional,1139613/qui-nao-brigamos-com-a-ciencia-diz-doria-ao-estender-quarentena.shtml. Acesso em: 8 dez. 2023.

AROUCA, Sérgio. A reforma sanitária brasileira. **Tema/Radis**, n. 11, p. 2–4, 1988.

ARNOLD, David. **Colonizing the Body: State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India**. Berkeley: University of California Press, 1993.

AUGUSTO, Leonardo; SANTOS, José Matheus; BARBON, Júlia; ALBUQUERQUE, Ana Luiza; LOPES, Raquel; ADAILTON, Franco; ROCHA, Matheus; PASQUINI, Patrícia; CANOFRE, Fernanda; DIAS, Paulo Eduardo. Ocupação de UTIs para Covid supera 80% em 8 estados e no DF. **Folha de São Paulo**, Belo Horizonte, Recife, Rio de Janeiro, Brasília, Salvador, Porto Alegre e São Paulo, 8 fev. 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/02/ocupacao-de-utis-para-covid-supera-80-em-8-estados-e-no-df.shtml>. Acesso em: 3 dez. 2023.

AZEVEDO, Rita. Setembro de 2015: Bolsonaro chama refugiados de “escória do mundo”. **Exame**, 22 set. 2015. Disponível em: <https://exame.com/brasil/bolsonaro-chama-refugiados-de-escoria-do-mundo/>.

Acesso em: 7 dez. 2023.

BAJAJ, Simar Singh; MAKI, Lwando; STANFORD, Fatima Cody. Vaccine apartheid: global cooperation and equity. **The Lancet**, v. 399, n. 10334, p. 1452–1453, abr. 2022. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00328-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00328-2).

BARROSO DETERMINA QUE GOVERNO FEDERAL ADOTE MEDIDAS PARA CONTER AVANÇO DA COVID-19 ENTRE INDÍGENAS. **Supremo Tribunal Federal**, Brasília, 8 jul. 2020. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=447103&ori=1>.

Acesso em: 3 dez. 2023.

BATESON, Gregory. The cybernetics of "self": A theory of alcoholism. **Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes**, 34(1), 1–18, 1971.

BENTON, Adia. **HIV Exceptionalism: Development through Disease in Sierra Leone**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2015.

BOURBEAU, P. Detention and immigration: Practices, crimmigration, and norms. **Migration Studies**, v. 7, n. 1, p. 83–99, 1 mar. 2019.

BOSELEY, Sarah. WikiLeaks cables: Pfizer “used dirty tricks to avoid clinical trial payout”. 9 dez. 2010. Disponível em: <https://www.theguardian.com/business/2010/dec/09/wikileaks-cables-pfizer-nigeria>. Acesso em: 7 dez. 2023.

BRANCO PEREIRA, Alexandre. O refúgio do trauma. Notas etnográficas sobre trauma, racismo e temporalidades do sofrimento em um serviço de saúde mental para refugiados. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 26, n. 53, p. 79–97, ago. 2018. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005306>.

BRANCO-PEREIRA, Alexandre. A instrumentalização ideológica da migração, de 1964 a 2022. **LeMonde Diplomatique Brasil**, 21 out. 2022a. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-instrumentalizacao-ideologica-da-migracao-de-1964-a-2022/>. Acesso em: 7 dez. 2023.

BRANCO-PEREIRA, Alexandre. Alucinando uma pandemia: ensaio sobre as disputas pela realidade da Covid-19. **Horizontes Antropológicos**, v. 27, n. 59, p. 129–145, abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832021000100007>.

BRANCO-PEREIRA, Alexandre. AUTISMO E MATERNIDADE MIGRANTE: PSICOPATOLOGIZANDO RELAÇÕES EM MOBILIDADE. **Vivência: Revista de Antropologia**, v. 1, n. 56, 24 dez. 2020a. DOI [10.21680/2238-6009.2020v1n56ID23676](https://doi.org/10.21680/2238-6009.2020v1n56ID23676). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/23676>. Acesso em: 28 abr. 2022.

BRANCO-PEREIRA, Alexandre. Entre Cérebros, Psychés e Culturas: notas para o debate sobre a epistemologia que embasa serviços de saúde mental para imigrantes-refugiadas em São Paulo. **Ilha Revista de Antropologia**, v. 24, n. 2, p. 174–197, 26 maio 2022b. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2022.e80387>.

BRANCO-PEREIRA, Alexandre. “Mas é só você que vê?”: a percepção social da loucura e o processo de reconstrução do universo simbólico do sujeito

diagnosticado. 2013. 70 f. Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/5504?mode=full>.

BRANCO-PEREIRA, Alexandre. Tensions between universality and equity in the access of racialised immigrants to the SUS in the metropolis of São Paulo during the COVID-19 pandemic. **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**, v. 20, p. e20606, 2023. <https://doi.org/10.1590/1809-4341.2023v20a20606>.

BRANCO-PEREIRA, Alexandre. **Viajantes do tempo: imigrantes-refugiadas, saúde mental, cultura e racismo na cidade de São Paulo**. 1. ed. [S. l.]: EDITORA CRV, 2020b. DOI [10.24824/978854444061.2](https://doi.org/10.24824/978854444061.2). Disponível em: <https://editoracrv.com.br/produtos/detalhes/34619-crv>. Acesso em: 8 maio 2023.

BRANCO-PEREIRA, Alexandre. Etnografar e intervir: Relato de uma antropologia engajada. **Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)**, v. 29, n. supl, p. 216–224, 27 ago. 2020c.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 62ª Edição. Brasília: Edições Câmara, 1988.

BRASIL. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. 11 jul. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm#art16. Acesso em: 7 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 28 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 7 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 22 out. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar

o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde. 2018. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos?tipo=LEI&numero=13714&ano=2018&ato=240o3a61UeZpWT093#:~:text=ALTERA%20A%20LEI%20N%C2%BA%208.742,%C3%80%20ATEN%C3%87%C3%83O%20INTEGRAL%20%C3%80%20SA%C3%9A%20DE>. Acesso em: 22 out. 2023.

BRASIL. **Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica.** [S. l.]: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acons_ind_atenbasica01_web.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. **Orientações sobre notificação e registros de casos de Covid-19 no Brasil.** 12 maio 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/artigos/notificacao-e-registro#:~:text=A%20notifica%C3%A7%C3%A3o%20dos%20laborat%C3%B3rios%20deve.1.792%2F2020>.

BRASIL. **Painel Coronavírus.** [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 8 dez. 2023.

BRASIL. Portaria nº 120, de 17 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos da República Bolivariana da Venezuela, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. 17 mar. 2020a. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/portarias/PORTARIA_N%C2%BA_120_DE_17_DE_MAR%C3%87O_DE_2020_002.pdf. Acesso em: 7 dez. 2023.

BRASIL. Portaria nº 125, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros oriundos dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. 19 mar. 2020b. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/portarias/PORTARIA_N%C2%BA_125_DE_19_DE_MAR%C3%87O_DE_2020.pdf. Acesso em: 7 dez. 2023.

BRASIL. Portaria nº 126, de 19 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros provenientes dos países que relaciona, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. 19 mar. 2020c. Disponível em: <https://www.editoraroncarati.com.br/v2/pdf/Diario-Oficial/Diario-Oficial/PORTARIA-MJ>

[-MS-N%C2%BA-126-DE-19-03-2020-DOU-DE-20-03-2020.pdf](#). Acesso em: 7 dez. 2023.

BRASIL. Portaria nº 152, de 27 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. 27 mar. 2020d. Disponível em: <https://www.editoraroncarati.com.br/v2/pdf/Diario-Oficial/Diario-Oficial/PORTARIA-MJ-MS-N%C2%BA-126-DE-19-03-2020-DOU-DE-20-03-2020.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2023.

BRASIL. Portaria nº 158, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a restrição excepcional e temporária de entrada no País de estrangeiros, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. 31 mar. 2020e. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/portarias/PORTARIA_N%C2%BA_158_D_E_31_DE_MAR%C3%87O_DE_2020_1.pdf. Acesso em: 7 dez. 2023.

BRASIL. Portaria nº 1792, de 17 de julho de 2020. Altera a Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnóstico para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional. 17 jul. 2020f. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1792_21_07_2020.html. Acesso em: 13 dez. 2023.

BRASIL 500 ANOS DE POVOAMENTO. [S. l.]: Ibge, 2000.

BRASIL, Márcia. Justiça determina que governo federal deixe de divulgar informações sobre a pandemia que não tenham base científica. **G1**, Rio de Janeiro, 16 mar. 2021b. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/painel/2021/04/juiz-afirma-que-campanha-de-bolsonaro-por-kit-covid-faz-parte-do-livre-discurso-politico.shtml>. Acesso em: 3 dez. 2023.

BRASIL. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRETAS, Pollyana; CASTRO, Mayra. Em um ano, aluguel subiu 16% em 25 cidades do país. Veja os tipos de imóveis que estão mais caros. **O Globo**, Rio de Janeiro, 18 out. 2023. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2023/10/18/em-um-ano-aluguel-subiu-16percent-em-25-cidades-do-pais-veja-os-tipos-de-imoveis-que-estao-mais-caros.ghtml>. Acesso em: 22 nov. 2023.

BRIGATTI, Fernanda. Trabalhadores relatam pressões para evitar licenças por Covid. **Folha de São Paulo**, São Paulo, SP, 30 jan. 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2022/01/trabalhadores-relatam-pressoes-para-evitar-licencas-por-covid.shtml>. Acesso em: 8 dez. 2023.

BRIGGS, Charles L. "COMMUNICABILITY, RACIAL DISCOURSE, AND DISEASE." **Annual Review of Anthropology**, v. 34, n. 1, pp. 269–91, 2005. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.34.081804.120618>.

BUNZL, Matti. Franz Boas and the Humboldtian tradition: from Volksgeist and Nationalcharakter to an anthropological concept of culture. *In*: STOCKING, George (org.). **Volksgeist as method and ethic: essays on Boasian ethnography and the German anthropological tradition**. Madison: University of Wisconsin Press, 1996. p. 17–78.

CADUFF, Carlo. "What Went Wrong: Corona and the World after the Full Stop." **Medical Anthropology Quarterly**, v. 34, n. 4, pp. 467–87, 2020. <https://doi.org/10.1111/maq.12599>.

_____. Sick Weather Ahead: On Data-Mining, Crowd-Sourcing and White Noise. **The Cambridge Journal of Anthropology**, v. 32, n. 1, 1 jan. 2014. DOI [10.3167/ca.2014.320104](https://doi.org/10.3167/ca.2014.320104). Disponível em: <http://berghahnjournals.com/view/journals/cja/32/1/ca320104.xml>. Acesso em: 8 dez. 2023.

CARLQUIST, Erik; PHELPS, Joshua. Neoliberalism. *In*: TEO, Thomas (org.). **Encyclopedia of Critical Psychology**. New York, NY: Springer New York, 2014. p. 1231–1237. DOI [10.1007/978-1-4614-5583-7_390](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_390). Disponível em: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-5583-7_390. Acesso em: 7 dez. 2023.

CARNEIRO JR., Nivaldo; ANDRADE, Marta Campagnone; MAZZIERO, Myriam; PINHEIRO, Ricardo Cardoso; SOUZA, Nancy Dias de; SILVA, Silvia Moreira da; AKERMAN, Marco. Building up equity in access to public policies: an intersectorial

and interinstitutional experience in central São Paulo. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 95–104, 2000. .

CARNEIRO JR., Nivaldo; SILVEIRA, Cássio. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1827–1835, dez. 2003. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600026>.

CARNEIRO, Rosamaria. O peso do corpo negro feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, v. 22, n. 2, p. 394, 31 dez. 2017. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2017v22n2p394>.

CARVALHO, Luciana; BRANCO-PEREIRA, Alexandre; CUNHA, Samuel Frota; FEOLA, Caio Augusto Rios. O processo diagnóstico transcultural: notas autoetnográficas em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiados em São Paulo. **Périplos: Revista de Pesquisa sobre Migrações**, no prelo 2023. .

CARVALHO, Luciana; CUNHA, Samuel Frota; FEOLA, Caio Augusto Rios; BRANCO-PEREIRA, Alexandre. O processo diagnóstico transcultural: notas autoetnográficas em um ambulatório psiquiátrico para imigrantes e refugiados em São Paulo. **Périplos: Revista de Pesquisa sobre Migrações**, v. 7, n. 2, no prelo 2023. .

CASTELLI, F.; SULIS, G. Migration and infectious diseases. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 23, n. 5, p. 283–289, maio 2017. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2017.03.012>.

CASTILLA, E.E.; LUQUETTI, D.V. Brazil: Public Health Genomics. **Public Health Genomics**, v. 12, n. 1, p. 53–58, 2009. <https://doi.org/10.1159/000153424>.

CASTRO, Eduardo Batalha Viveiros de. **Metafísicas canibais: elementos para uma antropologia pós-estrutural**. São Paulo, SP: Cosac Naify : N-1 Edições, 2015.

CÉSAIRE, Aimé. **Aimé Césaire/ Textos escolhidos: A tragédia do rei Christophe; Discurso sobre o colonialismo; Discurso sobre a negritude**. trad. Sebastião Nascimento. Rio de Janeiro, RJ: Editora Cobogó, 2022(Encruzilhada).

CHIU, Leo P. W. Differential diagnosis and management of hallucinations. **Journal of the Hong Kong Medical Association**, v. 41, n. 3, p. 292–297, 1989. .

COM LEITOS DE ENFERMARIA E UTI LOTADOS, HC DA UNICAMP RESTRINGE ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS NO PS POR 48H. **G1**, Campinas, SP, 18 abr. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2022/04/18/com-leitos-de-enfermaria-e-uti-lotados-hc-da-unicamp-restringe-atendimentos-pediatricos-no-ps-por-48h.ghtml>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. 17ª CNS: Democracia, justiça social e reparação histórica no Brasil. **Site do Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF, 3 jun. 2022. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/17cns>. Acesso em: 7 dez. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. 20 jul. 2023a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3092-resolucao-n-715-de-20-de-julho-de-2023>. Acesso em: 13 dez. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 719, de 17 de agosto de 2023. Dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde. 17 ago. 2023b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3120-resolucao-n-719-de-17-de-agosto-de-2023>. Acesso em: 13 dez. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Tabela de Conselheiros - Segmento Usuário**. [S. l.: s. n.], 27 set. 2023c. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/composicao/2023/Tabela_conselheiros_segmento_-_27_09_23.pdf. Acesso em: 7 dez. 2023.

CORONAVÍRUS: SÍNDROME PODE CAUSAR MEDO DE VOLTAR À ROTINA. Brasília: TV Brasil, 8 jun. 2020. Disponível em: <https://tvbrasil.ebc.com.br/reporter-brasil/2020/06/coronavirus-sindrome-pode-causar-medo-de-voltar-rotina>. Acesso em: 8 dez. 2023.

CORRÊA, Andressa Maciel. **Racismo e suas fronteiras: Perspectivas acerca do refúgio**. Jundiaí, SP: Paco Editorial, 2022.

COSTA, Ediná Alves (Org.). **Vigilância sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009(Sala de aula, 7).

COTRIM, Cícero; SILVA, Maria Regina. Bolsonaro é antagonista da ciência e da medicina, diz Doria. **Portal UOL**, 18 maio 2020. Disponível em: [08/12/2023](https://www.uol.com.br/portal/01698638.htm).

CULTURA E RAZAO PRATICA. [S. l.]: Zahar, 2021.

CUNHA, Joana. Debate sobre tempo de atestado médico de Covid cresce entre empresários. **O Tempo**, Belo Horizonte, 8 jan. 2022. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/interessa/debate-sobre-tempo-de-atestado-medico-de-covid-cresce-entre-empresarios-1.2593316>. Acesso em: 8 dez. 2023.

DA SILVA, Juliana F.; ESTEVES, Roberto J.; SIZA, Charlene; SOARES, Elaine P.; RAMOS, Tatyana C.; CAMPELO, Evelyn C.; DA COSTA, Cristiano F.; DE ALENCAR, Leila C.; CAVALCANTE, Rafaela P.; FLORÊNCIO, Clerton R.; MATTOS, Tirza P.; BONECINI-ALMEIDA, Maria G.; SILVA-FLANNERY, Luciana; MARSTON, Barbara J.; MORGAN, Juliette; PLUCINSKI, Mateusz; NAVECA, Felipe; CDC BRAZIL INVESTIGATION TEAM1. Cluster of SARS-CoV-2 Gamma Variant Infections, Parintins, Brazil, March 2021. **Emerging Infectious Diseases**, v. 28, n. 1, p. 262–264, jan. 2022. <https://doi.org/10.3201/eid2801.211817>.

DAMASCENO, Victoria. Apenas pacientes graves devem fazer teste de Covid, recomenda entidade do setor. **Folha de São Paulo**, 12 jan. 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/01/apenas-pacientes-graves-devem-fazer-teste-de-covid-recomenda-entidade-do-setor.shtml>. Acesso em: 8 dez. 2023.

DE VOLTA ÀS RUAS, PESSOAS RELATAM SÍNDROME DA CABANA E TEMEM QUALQUER INTERAÇÃO. **Rádio Agência**. Brasília: Rádio EBC, 13 jul. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/acervo/saude/audio/2020-07/na-volta-ao-convivio-fora-de-casa-pessoas-relatam-sindrome-da-cabana-e-temem/>. Acesso em: 8 dez. 2023.

DESCOLA, Philippe. AS DUAS NATUREZAS DE LÉVI-STRAUSS. **Sociologia & Antropologia**, v. 1, n. 2, p. 35–51, nov. 2011. <https://doi.org/10.1590/2238-38752011v122>.

DOMINGUEZ, Virginia. "A Taste for 'the Other': Intellectual Complicity in Racializing Practices." **Current Anthropology**, v. 35, n. 4, pp. 333–48, 1994. <https://www.jstor.org/stable/2743988>.

DRESSLER, William W.; OTHS, Kathryn S.; GRAVLEE, Clarence C. "RACE AND ETHNICITY IN PUBLIC HEALTH RESEARCH: Models to Explain Health Disparities." **Annual Review of Anthropology**, v. 34, n. 1, pp. 231–52, 2005. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.34.081804.120505>.

EPELBOIN, Alain. "L'anthropologue Dans La Réponse Aux Épidémies: Science, Savoir-Faire Ou Placebo?" **Bulletin Amades**, no. 78 (September), 2009. <https://doi.org/10.4000/amades.1060>.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. [S. l.]: Fiocruz Editora, 2012.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene; EDLER, Flávio. As origens da reforma sanitária e do SUS. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. 1ª. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59–81.

FALA NO EVENTO "COVID-19, FRONTEIRAS E AS LUTAS POR VISIBILIDADE MIGRANTE: PARADIGMAS DA SAÚDE", EM 2H49M36S. [S. l.]: Fórum Internacional Fronteiras Cruzadas, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Q4knPLIQQQ8>. Acesso em: 10 mar. 2022.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FARMER, Paul. "Sending Sickness: Sorcery, Politics, and Changing Concepts of AIDS in Rural Haiti." **Medical Anthropology Quarterly**, v. 4, n. 1, pp. 6–27, 1990. <https://doi.org/10.1525/maq.1990.4.1.02a00020>.

_____. **AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame. Updated with a new preface. Comparative Studies of Health Systems and Medical Care**. Berkeley: University of California Press, 2006.

_____; KIM, Jim Yong. "Anthropology, Accountability, and the Prevention of AIDS." **Journal of Sex Research**, v. 28, n. 2, pp. 203–21, 1991. <https://doi.org/10.1080/00224499109551606>.

FASSIN, Didier. "The Biopolitics of Otherness: Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate." **Anthropology Today**, v. 17, n. 1, pp. 3–7, 2001. <https://doi.org/10.1111/1467-8322.00039>.

_____. 2011. "Policing Borders, Producing Boundaries. The Governmentality of Immigration in Dark Times." **Annual Review of Anthropology**, v. 40, n. 1, pp. 213–26. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-081309-145847>.

FAUSTINO, Deivison Mendes; LUIZ, Olinda; KAYANO, Jorge; KLINTOWITZ, Danielle; NISIDA, Vitor; CAVALCANTE, Lara. Abordagem territorial e desigualdades raciais na vacinação contra covid-19. **Instituto Pólis**, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://polis.org.br/estudos/territorio-raca-e-vacinacao/>.

FAUSTINO, Deivison Mendes; OLIVEIRA, Leila Maria de. Xenofobia racializada? Problematizando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 29, n. 63, p. 193–210, set. 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006312>.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/Fiocruz, 2007. p. 43–67.

FENAMI. **Regimento da Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes**. [S. l.: s. n.], 2023a. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1RvzKTHobwmOadz2nYoukl-SZiHJpEodF/view>. Acesso em: 15 dez. 2023.

FENAMI. **Relatório Final - 1ª Conferência Nacional Livre de Saúde das Populações Migrantes**. [S. l.: s. n.], 2023b. Disponível em: https://www.fenami.org/_files/ugd/7848d7_fef99226ca2f481eb00cc8268da941ee.pdf. Acesso em: 7 dez. 2023.

FERDINAND, Malcom. **Uma ecologia decolonial**. trad. Leticia Mei. São Paulo, SP: Ubu Editora, 2022.

FERDINANDS, Jill M.; RAO, Suchitra; DIXON, Brian E.; MITCHELL, Patrick K.; DESILVA, Malini B.; IRVING, Stephanie A.; LEWIS, Ned; NATARAJAN, Karthik; STENEHJEM, Edward; GRANNIS, Shaun J.; HAN, Jungmi; MCEVOY, Charlene; ONG, Toan C.; NALEWAY, Allison L.; REESE, Sarah E.; EMBI, Peter J.; DASCOMB,

Kristin; KLEIN, Nicola P.; GRIGGS, Eric P.; ... FIREMAN, Bruce. Waning 2-Dose and 3-Dose Effectiveness of mRNA Vaccines Against COVID-19–Associated Emergency Department and Urgent Care Encounters and Hospitalizations Among Adults During Periods of Delta and Omicron Variant Predominance — VISION Network, 10 States, August 2021–January 2022. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 71, n. 7, p. 255–263, 18 fev. 2022. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7107e2>.

FIGUEIREDO, Patrícia; PINHONI, Marina. Secretaria da Saúde de SP orienta unidades de saúde a notificarem apenas casos graves de coronavírus. **G1**, São Paulo, 27 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/03/27/secretaria-da-saude-de-sp-orienta-unidades-de-saude-a-notificarem-apenas-casos-graves-de-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 7 dez. 2023.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. O preço de uma reconciliação extorquida. *In*: TELES, Edson; SAFATLE, Vladimir (orgs.). **O que resta da ditadura: a exceção brasileira**. 1ª edição. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 352.

GILES-VERNICK, Tamara; GONDOLA, Ch. Didier; LACHENAL, Guillaume; SCHNEIDER, William H. “SOCIAL HISTORY, BIOLOGY, AND THE EMERGENCE OF HIV IN COLONIAL AFRICA.” **The Journal of African History**, v. 54, n. 1, pp. 11–30, 2013. <https://doi.org/10.1017/S0021853713000029>.

GONSALVES, Gregg. Why wishful thinking on Covid remains as dangerous as ever. **The Nation**, 3 fev. 2022. Disponível em: <https://www.thenation.com/article/society/covid-surrender-endemic/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, , p. 223–244, 1984. .

GRUER, Laurence; AGYEMANG, Charles; BHOPAL, RaJ; CHIARENZA, Antonio; KRASNIK, Allan; KUMAR, Bernadette. 2021. “Migration, Ethnicity, Racism and the COVID-19 Pandemic: A Conference Marking the Launch of a New Global Society.” **Public Health in Practice**, v. 2 (Novembro), pp. 100088. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2021.100088>.

HALL, M.; KRYSAN, M. The Neighborhood Context of Latino Threat. **Sociology of Race and Ethnicity**, v. 3, n. 2, p. 218–235, abr. 2017.

HALLAL, Pedro C; HARTWIG, Fernando P; HORTA, Bernardo L; SILVEIRA, Mariângela F; STRUCHINER, Claudio J; VIDALETTI, Luís P; NEUMANN, Nelson A; PELLANDA, Lucia C; DELLAGOSTIN, Odir A; BURATTINI, Marcelo N; VICTORA, Gabriel D; MENEZES, Ana M B; BARROS, Fernando C; BARROS, Aluísio J D; VICTORA, Cesar G. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 11, p. e1390–e1398, nov. 2020. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30387-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30387-9).

HARPER, Craig A.; SATCHELL, Liam P.; FIDO, Dean; LATZMAN, Robert D. Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. **International Journal of Mental Health and Addiction**, v. 19, n. 5, p. 1875–1888, out. 2021. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5>.

HASTIE, Claire E.; LOWE, David J.; MCAULEY, Andrew; WINTER, Andrew J.; MILLS, Nicholas L.; BLACK, Corri; SCOTT, Janet T.; et al. “Outcomes among Confirmed Cases and a Matched Comparison Group in the Long-COVID in Scotland Study.” **Nature Communications**, v. 13, n. 1, pp. 5663, 2022. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-33415-5>.

HOPPE, Kirk Arden. **Lords of the Fly: Sleeping Sickness Control in British East Africa, 1900-1960**. Westport, Conn: Praeger, 2003.

HUMANOS (SMDH), Sociedade Maranhense de Direitos. **Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil**. Passo Fundo, RS: Saluz, 2021.

IAMARINO, Átila. **[Entrevista ao programa] Roda Vivo**. [S. l.: s. n.], 30 mar. 2020a. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=s00BzYazxvU>. Acesso em: 24 ago. 2020.

IAMARINO, Átila. **O problema pra quem tenta negar a realidade com a COVID-19 é que ela avança rápido e tem muito país passando pelo problema, além de muito estudo**. 3 jun. 2020b. @oatila. [Twitter]. Disponível em: <https://twitter.com/oatila/status/1268241690608926721>. Acesso em: 24 ago. 2020.

IBRAHIM, M. The Securitization of Migration: A Racial Discourse. **International Migration**, v. 43, n. 5, p. 163–187, dez. 2005.

JANZEN, John M. “Afri-Global Medicine: New Perspectives on Epidemics, Drugs, Wars, Migrations, and Healing Rituals.” In DILGER, Hansjörg; KANE, Abdoulaye; LANGWICK, Stacey A. [orgs.] **Medicine, Mobility, and Power in Global Africa: Transnational Health and Healing**, pp. 115–37. Bloomington, IN: Indiana University Press, 2012.

KAPLAN, Juliana. Billionaires made \$3.9 trillion during the pandemic — enough to pay for everyone’s vaccine. **Business Insider**, London, 26 jan. 2021. Disponível em: <https://www.businessinsider.com/billionaires-made-39-trillion-during-the-pandemic-coronavirus-vaccines-2021-1>. Acesso em: 7 dez. 2023.

KECK, Frédéric. Feeding sentinels: Logics of care and biosecurity in farms and labs. **BioSocieties**, v. 10, n. 2, p. 162–176, jun. 2015a. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2015.6>.

_____. Sentinels for the Environment: Birdwatchers in Taiwan and Hong Kong. **China Perspectives**, v. 2015, n. 2, p. 43–52, 1 jun. 2015b. <https://doi.org/10.4000/chinaperspectives.6723>.

_____. “Preparedness.” **Lexicon for an Anthropocene Yet Unseen**, Fieldsights. 2016. Disponível em: <https://culanth.org/fieldsights/preparedness>.

_____. “Biosecurity and the Ecologies of Conservation. An Anthropology of Collecting Practices among Virus Hunters and Birdwatchers.” **Horizontes Antropológicos**, v. 26, n. 57, pp. 93–114, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-71832020000200004>.

KELLY, Ann H.; KECK, Frédéric; LYNTERIS, Christos [orgs.] **The Anthropology of Epidemics. Routledge Studies in Health and Medical Anthropology**. London New York: Routledge, 2019.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KIRSCH, Stuart. **Engaged anthropology: politics beyond the text**. Oakland, California: University of California Press, 2018.

KLUGE, Hans Henri P; JAKAB, Zsuzsanna; BARTOVIC, Jozef; D’ANNA, Veronika; SEVERONI, Santino. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. **The Lancet**, v. 395, n. 10232, p. 1237–1239, abr. 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30791-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30791-1).

KOTSILA, Panagiota; KALLIS, Giorgos. 2019. “Biopolitics of Public Health and Immigration in Times of Crisis: The Malaria Epidemic in Greece (2009–2014).” **Geoforum**, v. 106 (Novembro), pp. 223–33, 2019.

KOZINETS, Robert V. **Netnography: redefined**. 2nd edition. Los Angeles: Sage, 2015.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2019.

LABOISSIÈRE, Paula. Lotação em UTIs pediátricas deixa 49 crianças na fila em Pernambuco. **Agência Brasil**, Brasília, DF, 22 jun. 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-06/Lotacao-em-utis-pediatricas-d-eixa-49-criancas-na-fila-em-pernambuco>. Acesso em: 20 nov. 2023.

LAKOFF, A. Preparing for the Next Emergency. **Public Culture**, v. 19, n. 2, p. 247–271, 1 maio 2007.

LATOUR, Bruno. An Attempt at a “Compositionist Manifesto”. **New Literary History**, v. 41, p. 471–490, 2010. .

LATOUR, Bruno. Another way to compose the common world. **HAU: Journal of Ethnographic Theory**, v. 4, n. 1, p. 301–307, jun. 2014a. <https://doi.org/10.14318/hau4.1.016>.

LATOUR, Bruno. **Diplomacy in the Face of Gaia: Bruno Latour in conversation with Heather Davis**. [S. l.: s. n.], 2014b. Disponível em: https://heathermdavis.com/wp-content/uploads/2014/08/Diplomacy-in-the-Face-of-Gaia_Latour.pdf. Acesso em: 1 dez. 2023.

LATOUR, Bruno. **Down to earth: politics in the new climatic regime**. English edition. Cambridge, UK ; Medford, MA: Polity, 2018.

LATOUR, Bruno. There Is No Such Thing as a Common World: It Needs to Be Composed. **Multitudes**, v. 45, n. 2, p. 38–41, 2011a. .

LATOUR, Bruno. Waiting for Gaia: composing the common world through arts and politics. 2011b. London: French Institute: [s. n.], 2011.

LEAL, Maria Do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira Da; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PACHECO, Vanessa Eufrauzino; CARMO, Cleber Nascimento Do; SANTOS, Ricardo Ventura. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e

ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 1, 2017. DOI [10.1590/0102-311x00078816](https://doi.org/10.1590/0102-311x00078816). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 dez. 2023.

LEITOS DE UTI DA REDE PÚBLICA ESTÃO COM 100% DE OCUPAÇÃO EM PERNAMBUCO. **CBN Recife**, Recife, 8 jun. 2023. Disponível em: <https://www.cbnrecife.com/artigo/leitoe-de-uti-da-rede-publica-estao-com-100-de-ocupacao-em-pernambuco>. Acesso em: 3 dez. 2023.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O pensamento selvagem**. 7. ed. São Paulo: Papirus, 2007.

LÉVY-BRÜHL, Lucien. **Primitive Mentality**. 1st ed. New York: MacMillan Company, 1923.

LEWIS, Tanya; MONTAÑEZ, Amanda. How to Compare COVID Deaths for Vaccinated and Unvaccinated People. **Scientific American**, 7 jun. 2022. Disponível em: <https://www.scientificamerican.com/article/how-to-compare-covid-deaths-for-vaccinated-and-unvaccinated-people/>. Acesso em: 8 dez. 2023.

LONG, Nicholas J. “Lockdown Anthropology and Online Surveys: Unprecedented Methods for Unprecedented Times.” **Studies in Indian Politics**, v. 8, n. 2, pp. 294–97, 2020. <https://doi.org/10.1177/2321023020963839>.

LOTAÇÃO DE UTI PEDIÁTRICA ATINGE 100% NA REDE PÚBLICA E PRIVADA DO DF. **Correio Braziliense**, Brasília, DF, 19 fev. 2022. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2022/02/4986699-lotacao-de-uti-pediatrica-atinge-100-na-rede-publica-e-privada-do-df.html>. Acesso em: 20 nov. 2023.

LÖWY, Ilana. **Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2006(Coleção História e saúde).

LUHRMANN, T. M. Hallucinations and Sensory Overrides. **Annual Review of Anthropology**, v. 40, n. 1, p. 71–85, 21 out. 2011. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-081309-145819>.

LYNTERIS, C. Introduction: The Time of Epidemics. **The Cambridge Journal of Anthropology**, v. 32, n. 1, 1 jan. 2014.

MACHADO, Igor José de Reno. **Cárcere público: processos de exotização entre brasileiros no Porto**. Lisboa: ICS, 2009.

MACHADO, Igor José de Reno. **Cárcere público: processos de exotização entre imigrantes brasileiros no Porto, Portugal**. [s. d.]. 329 f. Tese (doutorado), Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, [s. d.].

MADEIRO, Carlos. Responsável por maior onda de covid e mortes, variante gama some do Brasil. **UOL Coronavírus**, Maceió, 13 jan. 2022. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2022/01/13/responsavel-p-or-maior-onda-de-covid-e-mortes-variante-gamma-some-do-brasil.htm>.

MALINOWSKI, Bronislaw. "Practical Anthropology." **Africa**, v. 2, n. 1, pp. 22–38. <https://doi.org/10.2307/1155162>.

MANDERSON, Lenore; LEVINE, Susan. 2020. "COVID-19, Risk, Fear, and Fall-Out." **Medical Anthropology**, v. 39, n. 5, pp. 367–70. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1746301>.

MARINO, Aluizio; BRITO, Gisele; MENDONÇA, Pedro; ROLNIK, Raquel. Prioridade na vacinação negligencia a geografia da Covid-19 em São Paulo. **LabCidade**, São Paulo, Brazil, 26 maio 2021. Disponível em: <http://www.labcidade.fau.usp.br/prioridade-na-vacinacao-negligencia-a-geografia-da-covid-19-em-sao-paulo/>.

MARINS, Mani Tebet; RODRIGUES, Mariana Nogueira; SILVA, Jéssica Maldonado Lago Da; SILVA, Karen Cristina Martins Da; CARVALHO, Paola Loureiro. Auxílio Emergencial em tempos de pandemia. **Sociedade e Estado**, v. 36, n. 2, p. 669–692, ago. 2021. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136020013>.

MARQUES, Rosa Maria; FERREIRA, Mariana Ribeiro Jansen. O financiamento do SUS no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 43, n. 2, p. 465–479, abr. 2023. <https://doi.org/10.1590/0101-31572023-3430>.

MARSIGLIA, Regina M. G.; SILVEIRA, Cássio; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 69–76, ago. 2005. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000200008>.

MARTIN, D.; VIODRES, S.; SILVEIRA, C. Atenção em saúde para migrantes internacionais em São Paulo, Brasil: acesso e universalidade no contexto da pandemia de Covid-19. **Revista del CESLA: International Latin American Studies Review**, n. 29, p. 49–68, 30 jun. 2022.

MASON, Katherine A. 2012. “Mobile Migrants, Mobile Germs: Migration, Contagion, and Boundary-Building in Shenzhen, China after SARS.” **Medical Anthropology**, v. 31, n. 2, pp. 113–31, 2012. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.610845>.

MCCAULEY, Michael; MINSKY, Sara; VISWANATH, Kasisomayajula. 2013. “The H1N1 Pandemic: Media Frames, Stigmatization and Coping.” **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 1116, 2013. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1116>.

MCGREGOR, Sue. Neoliberalism and health care. **International Journal of Consumer Studies**, v. 25, n. 2, p. 82–89, jun. 2001. <https://doi.org/10.1111/j.1470-6431.2001.00183.x>.

MEINERT, L.; WHYTE, S. R. Epidemic Projectification: AIDS Responses in Uganda as Event and Process. **The Cambridge Journal of Anthropology**, v. 32, n. 1, 1 jan. 2014.

MENDES, Áquila. **Pandemia mostra que teto de gastos agravou falta de financiamento do SUS**. [S. l.: s. n.], 30 jun. 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/pandemia-mostra-que-teto-de-gastos-agravou-falta-de-financiamento-do-sus/>.

MILES, Robert; BROWN, Malcolm. **Racism**. 2ª ed. Key Ideas. London ; New York: Routledge, 2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Novo Coronavírus - COVID-19**, n. 152. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parecer Técnico nº 99/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS - Processo NUP SEI 25000.074061/2020-96**. [S. l.: s. n.], 17 jun. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM-MS nº 2.236, de 02 de setembro de 2021. Altera a Seção I do Capítulo III do Título VII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Cadastro Nacional de Usuários do SUS e para estabelecer o uso do número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) como forma preferencial de identificação de pessoas na saúde para

fins de registro de informações em saúde e instituir o sistema CONECTE SUS CIDADÃO. 2 set. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-e-m-situacao-de-rua/portaria-gm-ms-no-2-236-de-02-de-setembro-de-2021/view>.

Acesso em: 2 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM-MS nº 940 de 28 de abril de 2021. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). 28 abr. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html.

Acesso em: 3 mar. 2022.

MIRANDA, Rosane de Souza. **Racismo no contexto de saúde: um estudo psicossociológico**. 2015. 194 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2015.

MISCHKE, Jan; LUBY, Ryan; VICKERY, Brian; WOETZEL, Jonathan; WHITE, Olivia; ADITYA, Sanghvi; RHEE, Jinnie; FU, Anna; PALTER, Rob; DUA, André; SMIT, Sven. **Empty spaces and hybrid places: the pandemic's lasting impact on real estate**. Zurich: McKinsey Global Institute, 2023. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/mckinsey%20global%20institute/our%20research/empty%20spaces%20and%20hybrid%20places%20the%20pandemics%20lasting%20impact%20on%20real%20estate/aga%20and%20executive%20summary/empty-spaces-and-hybrid-places-v5.pdf?shouldIndex=false>. Acesso em: 1 ago. 2023.

MOHANACHANDRAN, Meenadchi. "The Othering of the Black Community in News Media Reports During the Ebola Epidemic of 2013 to 2016." **NEXUS: The Canadian Student Journal of Anthropology**, v. 25 (Junho), pp. 44–51, 2019. <https://doi.org/10.15173/nexus.v25i0.1577>.

MONTEIRO, Daniel. Covid-19: Capital passa a exigir comprovante de residência para vacinação. **Site da Câmara Municipal de São Paulo**, São Paulo, 28 maio 2021. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.leg.br/blog/covid-19-capital-passa-a-exigir-comprovante-de-residencia-para-vacinacao>. Acesso em: 5 mar. 2022.

MURRAY, Christopher J L. COVID-19 will continue but the end of the pandemic is near. **The Lancet**, v. 399, n. 10323, p. 417–419, jan. 2022. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00100-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00100-3).

NÃO VACINADOS REPRESENTAM 75% DAS MORTES POR COVID-19, DIZ ESTUDO BRASILEIRO. 4 mar. 2022. **Portal do Butantan**. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/nao-vacinados-representam-75-das-mortes-por-covid-19-diz-estudo-brasileiro>. Acesso em: 8 dez. 2023.

NARDELLI, Bruna. Síndrome da cabana: entenda por que há quem não queira o fim do isolamento. **Metrópolis**, Brasília, DF, 31 maio 2020. Disponível em: <https://www.metropoles.com/vida-e-estilo/comportamento/sindrome-da-cabana-entenda-por-que-ha-quem-nao-queira-o-fim-do-isolamento>. Acesso em: 8 dez. 2023.

NICHTER, Mark; NICHTER, Mimi. **Anthropology and International Health: Asian Case Studies**. 2nd ed. Theory and Practice in Medical Anthropology and International Health, v. 3. Amsterdam: Gordon and Breach, 1996.

NICKENS, H. "Health Problems of Minority Groups: Public Health's Unfinished Agenda." **Public Health Reports** (Washington, D.C.: 1974), v. 101, n. 3, pp. 230–31, 1986.

O'MAHONEY, Lauren L.; ROUTEN, Ash; GILLIES, Clare; EKEZIE, Winifred; WELFORD, Anneka; ZHANG, Alexa; KARAMCHANDANI, Urvj; SIMMS-WILLIAMS, Nikita; CASSAMBAL, Shabana; ARDAVANI, Ashkon; WILKINSON, Thomas J.; HAWTHORNE, Grace; CURTIS, Ffion; KINGSNORTH, Andrew P.; ALMAQHAWI, Abdullah; WARD, Thomas; AYOUBKHANI, Daniel; BANERJEE, Amitava; CALVERT, Melanie; ... KHUNTI, Kamlesh. The prevalence and long-term health effects of Long Covid among hospitalised and non-hospitalised populations: a systematic review and meta-analysis. **eClinicalMedicine**, v. 55, p. 101762, jan. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101762>.

OMI, Michael; WINANT, Howard. **Racial formation in the United States: from the 1960s to the 1990s**. 2nd ed. New York: Routledge, 1994.

ORTNER, Sherry. Practicing engaged anthropology. **Anthropology of This Century**, v. 25, 2019. Disponível em: <http://aotcpres.com/articles/practicing-engaged-anthropology/>. Acesso em: 8 mar. 2022.

OUR WORLD IN DATA. **Coronavirus (COVID-19) Vaccinations**. [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>. Acesso em: 15 dez. 2023.

PANDEMIA IMPÕE TRANSFORMAÇÕES À ALMA E NO TRABALHO. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, , seq. Gerais, 27 fev. 2021. .

PARTINGTON, Richard. Covid-19 has cost global workers \$3.7tn in lost earnings, says ILO. **The Guardian**, England, , seq. Economics, 25 out. 2021. Disponível em: <https://www.theguardian.com/business/2021/jan/25/covid-19-workers-lost-earnings-il-o-job-losses>. Acesso em: 7 dez. 2023.

PASTERNAK, Natalia. **Que bobagem! Pseudociências e outras ideias populares que não merecem ser levadas a sério**. São Paulo, SP: Editora Contexto, 2023.

PICKETT, J. T. On the Social Foundations for Crimmigration: Latino Threat and Support for Expanded Police Powers. **Journal of Quantitative Criminology**, v. 32, n. 1, p. 103–132, mar. 2016.

PINHEIRO, Lara. Mortes por Covid em julho de 2021 superam as de julho de 2020, pior mês do ano passado. **G1**, , seq. Bem Estar, 28 jul. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/07/28/covid-mortes-julho-de-2021-julho-de-2020.ghtml>. Acesso em: 7 dez. 2023.

PINHO, Ângela. Para 79%, pandemia de coronavírus está fora do controle, e medo é recorde, mostra Datafolha. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 18 mar. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/para-79-pandemia-de-coronavirus-esta-fora-do-controle-e-medo-e-recorde-mostra-datafolha.shtml>. Acesso em: 8 dez. 2023.

PLENÁRIA NACIONAL SAÚDE E MIGRAÇÃO. **Chamada para a Plenária Nacional Saúde e Migração**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: https://docs.google.com/document/d/1HO_xCF-9eIJqSmlkjOsAoNZgDqSandN3lyWFJpzIDbw/edit?usp=sharing. Acesso em: 7 dez. 2023.

POLÍCIA FEDERAL. **Deportações realizadas de imigrantes no país: 2019, 2020 e 2021**. [S. l.: s. n.], 2021.

POTECHI, Bruna. As mulheres dos estatutos no Congresso Nacional Brasileiro. **Revista Estudos Feministas**, v. 27, n. 1, p. e50110, 2019. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n150110>.

POTECHI, Bruna. **Fazer mulher, fazer lei: uma etnografia da produção de leis no Congresso Nacional Brasileiro**. 2018. 262 f. Tese de Doutorado (Antropologia

Social) – Universidade Federal de São Carlos, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/11087/POTECHI%2C%20B.%20Tese%20vers%C3%A3o%20final%20.pdf?sequence=3>.

RASTELLO, Sandrine; BOLONGARO, Kait. Canada Has Reserved More Vaccine Doses Per Person Than Anywhere. **Bloomberg**, 7 dez. 2020. Disponível em: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-12-07/canada-has-reserved-more-vaccine-doses-per-person-than-anywhere>. Acesso em: 8 dez. 2023.

REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE PARA IMIGRANTES E REFUGIADOS. **Carta ao Ministério da Saúde sobre a informação “NACIONALIDADE” nos sistemas de informação da COVID-19**. [S. l.: s. n.], 22 maio 2020a. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1HhE8f6NtOkB1mt1IpK_DLSXF2gwI4qli/view?usp=sharing. Acesso em: 2 mar. 2022.

REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE PARA IMIGRANTES E REFUGIADOS. **Nota Técnica sobre a necessidade do registro da nacionalidade em casos da COVID-19**. [S. l.: s. n.], 2020b. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1guDvxgrlRH0Rh9aooPqfxwiYDn323ya2/view?usp=sharing>. Acesso em: 2 mar. 2022.

REGEV-YOCHAY, Gili; GONEN, Tal; GILBOA, Mayan; MANDELBOIM, Michal; INDENBAUM, Victoria; AMIT, Sharon; MELTZER, Lilac; ASRAF, Keren; COHEN, Carmit; FLUSS, Ronen; BIBER, Asaf; NEMET, Itai; KLIKER, Limor; JOSEPH, Gili; DOOLMAN, Ram; MENDELSON, Ella; FREEDMAN, Laurence S.; HARATS, Dror; KREISS, Yitshak; LUSTIG, Yaniv. Efficacy of a Fourth Dose of Covid-19 mRNA Vaccine against Omicron. **New England Journal of Medicine**, v. 386, n. 14, p. 1377–1380, 7 abr. 2022. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2202542>.

RENNE, Elisha P. **The politics of polio in northern Nigeria**. Bloomington: Indiana University Press, 2010.

REUTERS. We should avoid imposing new COVID-19 restrictions - G20 presidency. **Reuters**, Venice, 10 jul. 2021. Disponível em: <https://www.reuters.com/article/g20-economy-franco-idUKL8N2OM08P/>.

ROCHA, Lucas; MOREIRA, Rudá. Apagão de dados do Ministério da Saúde deixa monitoramento da pandemia à deriva. **CNN Brasil**, 7 jan. 2022. Disponível em:

<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/apagao-de-dados-do-ministerio-da-saude-deixa-monitoramento-da-pandemia-a-deriva/>. Acesso em: 8 dez. 2023.

RODRIGUES, Tiago Hyra. Quando seu trabalho de campo é o trabalho de campo dos outros: outreach e etnografia. **Ponto Urbe**, n. 30 v.2, 28 dez. 2022. DOI [10.4000/pontourbe.12848](https://doi.org/10.4000/pontourbe.12848). Disponível em: <http://journals.openedition.org/pontourbe/12848>. Acesso em: 12 dez. 2023.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139–147, mar. 2013. .

ROSI BRAIDOTTI, “POSTHUMAN KNOWLEDGE”. YouTube: Harvard GSD: [s. n.], 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=0CewnVzOg5w>. Acesso em: 22 ago. 2023.

ROTH, E. Epidemic temporalities: A concise literature review. **Anthropology Today**, v. 36, n. 4, p. 13–16, ago. 2020.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; ALMEIDA, Alexandra Cristina Gomes De; SILVEIRA, Cássio; MATSUE, Regina Yoshie; MARTIN, Denise. Repercussões socio sanitárias da pandemia por Covid-19 para imigrantes e refugiados no Brasil: uma revisão narrativa da literatura. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 31, n. 68, p. 219–239, 2023. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006814>.

SANTOS, Boaventura De Souza. Uma concepção multicultural de direitos humanos. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 39, p. 105–124, 1997. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451997000100007>.

SANTOS, Márcia Pereira Alves Dos; NERY, Joilda Silva; GOES, Emanuelle Freitas; SILVA, Alexandre Da; SANTOS, Andreia Beatriz Silva Dos; BATISTA, Luís Eduardo; ARAÚJO, Edna Maria De. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 225–244, ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>.

SANTOS, Nelson Rodrigues Dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729–1736, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.

SÃO PAULO. Lei Municipal nº 13.325 de 08 de fevereiro de 2002. 8 fev. 2002. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/arquivos/secretarias/saud e/legislacao/0145/LeiMunicipal_2002_13325.pdf. Acesso em: 7 dez. 2023.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. O direito à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. *In*: RÉ, Aluísio; RUGGERI, lunes Monti (orgs.). **Temas Aprofundados da Defensoria Pública**. 2ª. Salvador: Editora JusPodivm, 2014.

SCHOEPF, Brooke G. “International AIDS Research in Anthropology: Taking a Critical Perspective on the Crisis.” **Annual Review of Anthropology**, v. 30, n. 1, pp. 335–61, 2001. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.30.1.335>.

SCHREIBER, Mariana. Rejeição de 70 milhões de doses da Pfizer por gestão Bolsonaro será novo foco da CPI da Covid. **BBC News Brasil**, 9 maio 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57018138>. Acesso em: 7 dez. 2023.

SEADE. **SEADE Coronavírus**. [S. l.]: Governo do Estado de São Paulo, 2023. Disponível em: <https://coronavirus.seade.gov.br/>. Acesso em: 8 dez. 2023.

SEGATA, Jean; VÍCTORA, Ceres; SESIA, Paola; MONTESI, Laura; GAMLIN, Jennie; GIBBON, Sahra. Embodied Inequalities of the Anthropocene. **Medicine Anthropology Theory**, v. 10, n. 2, p. 1–30, 30 jun. 2023. <https://doi.org/10.17157/mat.10.2.8887>.

SETEL, Philip; LEWIS, Milton James; LYONS, Maryinez (Orgs.). **Histories of sexually transmitted diseases and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa**. Westport, Conn: Greenwood Press, 1999(Contributions in medical studies, no. 44).

SHALDERS, André. Justiça determina que cultos religiosos não sejam considerados serviços essenciais. **BBC News Brasil**, Brasília, 2 abr. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52144775>. Acesso em: 3 dez. 2023.

SILVA, Simone Tavares da; PULIDO, Cristina Rivas; MENEZES, André Vicente Scafutto de. A presença venezuelana em Manaus/AM e as estratégias de sobrevivência frente à pandemia de Covid-19. **Travessia - Revista do Migrante**, v. 2, n. 91, p. 81–100, 2021. <https://doi.org/10.48213/travessia.i91.991>.

SILVA, Phirtia Raianny Rodrigues Da. Notas etnográficas sobre a gestão humanitária do refúgio negro na cidade de São Paulo. **Revista de Antropologia da UFSCar**, v. 13, n. 1, p. 147–172, 5 dez. 2021. <https://doi.org/10.52426/rau.v13i1.369>.

SILVERSTEIN, Paul A. “IMMIGRANT RACIALIZATION AND THE NEW SAVAGE SLOT: Race, Migration, and Immigration in the New Europe.” **Annual Review of Anthropology**, v. 34, n. 1, pp. 363–84, 2005. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.34.081804.120338>.

SÍNDROME DA CABANA: QUANDO O MEDO DE SAIR DE CASA SE TRANSFORMA EM DOENÇA. **Tarde Nacional**. Brasília: EBC Rádio, 10 jul. 2020. Disponível em: <https://radios.ebc.com.br/tarde-nacional/2020/07/sindrome-da-cabana-quando-o-medo-de-sair-de-casa-se-transforma-em-doenca>. Acesso em: 8 dez. 2023.

SMITH, David. Pfizer pays out to Nigerian families of meningitis drug trial victims. **The Guardian**, , seq. World, 12 ago. 2011. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2011/aug/11/pfizer-nigeria-meningitis-drug-compensation>. Acesso em: 7 dez. 2023.

STENGERS, Isabelle. Introductory Notes on an Ecology of Practices. **Cultural Studies Review**, v. 11, n. 1, p. 183–196, 12 ago. 2013. <https://doi.org/10.5130/csr.v11i1.3459>.

_____. **Cosmopolitics II**. University of Minnesota Press, tradução para o inglês de Robert Bononno, 2011

STRATHERN, Marilyn. **O efeito etnográfico e outros ensaios**. [S. l.]: Ubu Editora, 2017.

TAQUET, Maxime; SILLETT, Rebecca; ZHU, Lena; MENDEL, Jacob; CAMPLISSON, Isabella; DERCON, Quentin; HARRISON, Paul J. Neurological and psychiatric risk trajectories after SARS-CoV-2 infection: an analysis of 2-year retrospective cohort studies including 1 284 437 patients. **The Lancet Psychiatry**, v. 9, n. 10, p. 815–827, out. 2022. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00260-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00260-7).

TEEPLE, Ryan C.; CAPLAN, Jason P.; STERN, Theodore A. Visual Hallucinations: Differential Diagnosis and Treatment. **The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 11, n. 1, p. 26–32, 15 fev. 2009. <https://doi.org/10.4088/PCC.08r00673>.

THATCHER, Margaret. **Margareth Thatcher: Interview for Woman's Own**. [S. l.: s. n.], 23 set. 1987. Disponível em: <https://www.margaretthatcher.org/document/106689>. Acesso em: 7 dez. 2023.

THE GUARDIAN. There is such a thing as society, says Boris Johnson from bunker. 29 mar. 2020. Disponível em: <https://www.theguardian.com/politics/2020/mar/29/20000-nhs-staff-return-to-service-johnson-says-from-coronavirus-isolation#:~:text=Boris%20Johnson%20has%20stressed%20that,to%20help%20battle%20the%20virus>. Acesso em: 7 dez. 2023.

THOMAS, Deborah A.; KAMARI CLARKE, M. Globalization and Race: Structures of Inequality, New Sovereignties, and Citizenship in a Neoliberal Era. **Annual Review of Anthropology**, v. 42, n. 1, p. 305–325, 21 out. 2013. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-092412-155515>.

TOMAZELA, José Maria. Doenças respiratórias lotam leitos pediátricos em SP e chegam a fechar PS. **UOL Saúde**, Sorocaba, [s. d.] .

TOWNSEND, Peter; DAVIDSON, Nicki. **Inequalities in Health: The Black Report**. 1st ed. Harmondsworth: Penguin Books, 1982.

TURTELLI, Camila. Em carta, governadores pedem apoio a Bolsonaro e reafirmam medidas apoiadas na ciência. **O Estado de São Paulo**, 2020. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/politica/em-carta-governadores-pedem-apoio-a-bolsonaro-e-reafirmam-medidas-apoiadas-na-ciencia/>. Acesso em: 8 dez. 2023.

VACINAÇÃO É MAIS LENTA EM REGIÕES POBRES E COM MAIOR MORTALIDADE. **Rede Brasil Atual**, São Paulo, 18 jul. 2021. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2021/07/vacinacao-e-mais-lenta-em-regioes-pobres-e-com-maior-mortalidade/>. Acesso em: 27 fev. 2022.

VERTOVEC, Steven. The Cultural Politics of Nation and Migration. **Annual Review of Anthropology**, v. 40, n. 1, p. 241–256, 21 out. 2011. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-081309-145837>.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. O nativo relativo. **Mana**, v. 8, n. 1, p. 113–148, abr. 2002. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132002000100005>.

WAGNER, Roy. **A invenção da cultura**. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

WALD, Priscilla. **Contagious: Cultures, Carriers, and the Outbreak Narrative**. Duke University Press, 2008. <https://doi.org/10.1215/9780822390572>.

WALTENBERG, Guilherme. Bolsonaro sobre demarcações: “Somos um só povo, uma só raça”. **Metrópoles**, Brasília, DF, 10 mar. 2020. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/economia-br/bolsonaro-sobre-demarcacoes-somos-um-so-povo-uma-so-raca>. Acesso em: 27 fev. 2023.

WEMOS. **Clinical trials in Africa: the cases of Egypt, Kenya, Zimbabwe and South Africa**. Amsterdam: Wemos Foundation, 2017. Disponível em: https://www.wemos.org/wp-content/uploads/2023/04/Clinical-trials-in-Africa_2017.pdf?_gl=1*1lj2hc*_up*MQ..*_ga*MTgyMjMwOTUzNC4xNzAxNzkzOTY1*_ga_PHFBBRT0E7*MTcwMTc5Mzk2NC4xLjAuMTcwMTc5Mzk2NC4wLjAuMA..*_ga_W78SFMKKMK*MTcwMTc5Mzk2NC4xLjAuMTcwMTc5Mzk2NC4wLjAuMA. Acesso em: 7 dez. 2023.

WENHAM, C. **The oversecuritization of global health: changing the terms of debate**. *International Affairs*, v. 95, n. 5, p. 1093–1110, 1 set. 2019.

WHO. **Application for addition of 1g form of ceftriaxone to the complementary list of the WHO model list of essential medicines**. [S. l.]: World Health Organization, 2004. Disponível em: https://web.archive.org/web/20100717130836/http://archives.who.int/eml/expcom/expcom14/ceftriaxone/ceftriaxone_ERI_application_final.2.pdf. Acesso em: 7 dez. 2023.

WHO. **Updated working definitions and primary actions for SARS-CoV-2 variants, 4 October 2023**. [S. l.: s. n.], 2023.

WHO. WHO announces simple, easy-to-say labels for SARS-CoV-2 Variants of Interest and Concern. **World Health Organization Website**, 31 maio 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/31-05-2021-who-announces-simple-easy-to-say-labels-for-sars-cov-2-variants-of-interest-and-concern>. Acesso em: 7 dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Health Regulations (2005)*. **IHR (2005)**, Geneva, ed. 2nd ed, seq. The Ukrainian version is published by the Center for Implementation of International Health Regulations, Ukraine, p. 74, 2008. .

XIE, Yan; XU, Evan; BOWE, Benjamin; AL-ALY, Ziyad. Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19. **Nature Medicine**, v. 28, n. 3, p. 583–590, mar. 2022. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3>.

YOUR BRAIN HALLUCINATES YOUR CONSCIOUS REALITY. TED Conferences. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: https://www.ted.com/talks/anil_seth_your_brain_hallucinates_your_conscious_reality. Acesso em: 8 dez. 2023.

ZANINI, Fábio. Juiz afirma que campanha de Bolsonaro por kit Covid faz parte do livre discurso político. **Folha de São Paulo**, São Paulo, , seq. Painel, 14 abr. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/painel/2021/04/juiz-afirma-que-campanha-de-bolsonaro-por-kit-covid-faz-parte-do-livre-discurso-politico.shtml>. Acesso em: 3 dez. 2023.

ZIEGLER, Maria Fernanda. Deslocamento para o trabalho pode explicar concentração de casos de COVID-19 em alguns bairros de SP. **Agência FAPESP**, 14 jul. 2020. Disponível em: <https://agencia.fapesp.br/deslocamento-para-o-trabalho-pode-explicar-concentracao-de-casos-de-covid-19-em-alguns-bairros-de-sp/33625>. Acesso em: 7 dez. 2023.