

# O UNIVERSALISMO RACISTA: TENSÕES ENTRE UNIVERSALIDADE E EQUIDADE NO ACESSO DE IMIGRANTES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA METRÓPOLE PAULISTANA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 <sup>1</sup>

*Alexandre Branco-Pereira<sup>2</sup>*

## INTRODUÇÃO

Era um dia abafado e chuvoso de primavera na cidade de São Paulo, e imigrantes 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 imigrantes, 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 imigrantes no Brasil, não requerendo apresentação de

---

1 Este trabalho integra o projeto “A Covid-19 no Brasil: análise e resposta aos impactos sociais da pandemia entre profissionais de saúde e população em isolamento” (Convênio Ref.: 0464/20 FINEP/UFRGS). A pesquisa é desenvolvida pela Rede Covid-19 Humanidades MCTI e faz parte do conjunto de ações da Rede Vírus MCTI financiadas pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações para o enfrentamento da pandemia. A pesquisa vem sendo elaborada em diálogo com pesquisadores ligados ao Observatório Saúde e Migração (OSM-UFSCar), ao Laboratório de Estudos Migratórios (LEM-UFSCar) e ao Promigras - Migração e Saúde (Unifesp). Agradeço à interlocução próxima com minhas colegas da Rede de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados, da Frente Nacional pela Saúde de Migrantes, da Associação de Mulheres Imigrantes Luz e Vida e do Fórum Internacional Fronteiras Cruzadas, sem a qual este trabalho não poderia estar sendo desenvolvido. Agradeço também à minha companheira, Juliana Maciel Machado, pelas revisões minuciosas feitas neste e em outros textos que compõem o conjunto de reflexões que venho desenvolvendo, e ao meu filho, Martin Maciel Pereira Machado Branco, por desde cedo ser tão parceiro.

2 Observatório Saúde e Migração; Universidade Federal de São Carlos

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, 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 imigrantes que compareceram à série de três mutirões, majoritariamente identificados enquanto indígenas e negros, oriundos de países latino-americanos e africanos, tomaram a primeira dose de seus imunizantes apenas nestes eventos, que ainda vacinou 14 imigrantes com a segunda dose e 1 com a terceira dose.

Este trabalho procura delinear uma antropologia do esquecimento e dos esquecidos na metrópole paulistana. Ela traz dados de uma etnografia conduzida entre imigrantes moradores da região metropolitana da cidade de São Paulo entre 2020 e 2022, e que ainda está em curso. A noção de esquecimento que predica este empreendimento etnográfico é tomada de empréstimo da reflexão realizada por Gagnebin (2010) sobre os processos de construção de “memórias impedidas”: “um gesto forçado de apagar e de fazer *como se não houvesse havido* tal crime, tal dor, tal trauma, tal ferida no passado” (GAGNEBIN, 2010, p. 179, grifo no original). Este sentido atribuído à categoria do esquecimento, no entanto, concorre neste trabalho com outro igualmente importante: à daquelas populações e pessoas deixadas para trás nos esforços de mitigação dos efeitos deletérios da pandemia e à imposição do silêncio sobre suas demandas políticas feitas no presente.

Tomando como objeto de análise os impactos produzidos pela pandemia de Covid-19 sobre as populações imigrantes, e a atuação do Estado tanto na não produção de dados sobre o fenômeno, quanto na condução da campanha nacional de imunização, procuro argumentar que essas populações foram ativamente apagadas durante a construção de políticas públicas de resposta à pandemia na esteira de um processo

de impedimento da memória e do registro de seus sofrimentos e dores causados pela crise sanitária.

Neste trabalho, no entanto, o esquecimento não terá um direcionamento alusivo ao passado, como na perspectiva de esquecimentos impostos retroativamente ou das memórias que morrem pela falta de acionamento dos caminhos – sinápticos ou relacionais – que as constituem, mas irá procurar delinear como tais processos ocorrem no presente como resultado da ação política de determinados agentes ligados ou não ao Estado. Assim, aqui analisarei os acontecimentos que acompanhei à medida em que se desenrolaram, demonstrando como esse esquecimento imposto se configura como acúmulo de ações de apagamento ativo da presença dessas populações entre as prioridades do Estado para a elaboração de políticas públicas de resposta à pandemia. Entre as ações ativas de apagamento, listo a recusa estatal em coletar e divulgar dados desagregados sobre contágios e mortes de imigrantes por Covid-19 e sobre a vacinação dessa população, e o crescimento do contingente de indocumentados majoritariamente racializados com a consequente negativa do direito de acesso à saúde a imigrantes irregulares, ao arrepio da legislação que regulamenta os paradigmas orientadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Em vários casos, é importante pontuar, mesmo a apresentação da documentação regular foi insuficiente para garantir o acesso, demonstrando que a exclusão dessas pessoas por parte de um sistema de saúde que se alega universal e equitativo, possui camadas inalcançáveis quando feito apenas por meio do debate corrente sobre regularização migratória e acesso a direitos.

Enquanto memória impedida, todos esses acontecimentos irão, no entanto, lutar para poder voltar à superfície dos fatos políticos (GAGNEBIN, 2010, p. 179) – e sabemos, desde Lélia Gonzalez, que a memória restitui a verdade que se estrutura como ficção (1984). É disso que se trata a segunda seção: descrevo ali as mobilizações empreendidas por ativistas imigrantes e aliados brasileiros na tentativa de mitigar os efeitos deletérios deste esquecimento sobre as populações esquecidas, seja por meio da produção de registro dos acontecimentos negados pelo Estado, seja através de ações de cunho prático, como os mutirões de vacinação de imigrantes que dispensavam a exigência de documentos brasileiros e comprovantes de residência. É importante pontuar que o tipo de etnografia desenvolvida foi eminentemente engajada (KIRSCH, 2010; 2018),

à maneira que venho realizando há algum tempo (BRANCO-PEREIRA, 2020a), e estive envolvido na coordenação da organização dos eventos descritos, atuando sempre em parceria com as comunidades imigrantes, que foram minhas interlocutoras durante todo esse processo.

Por fim, realizo uma reflexão sobre os paradigmas orientadores do SUS, e as tensões frequentes entre os princípios da universalidade e da equidade na oferta de cuidado em saúde. Se a universalidade pressupõe o obrigatório acolhimento de todas as pessoas que busquem assistência primária ou emergencial sem discriminações de qualquer sorte, a equidade - chamada na lei de igualdade, embora existam materiais do SUS que consolidam a noção de equidade (CARNEIRO JÚNIOR et al, 2000), também amplamente difundida entre profissionais e gestores de saúde - lhe serviria como complemento, postulando que é preciso considerar os usuários do sistema de saúde em suas diferenças e desigualdades de modo a permitir que o acesso seja igualitário mesmo entre os desiguais. Argumento, entretanto, que ainda que sejam paradigmas teoricamente complementares, eles surgem frequentemente nos debates sobre o sistema de saúde enquanto concorrentes, senão opostos. Tornam-se, portanto, conceitos mobilizados por pesquisadores, profissionais e gestores de saúde como mutuamente excludentes, e isto acarreta profundas implicações sobre o acesso à saúde por grupos marginalizados. Este é o caso dos imigrantes indígenas e negros no Brasil, os esquecidos durante a pandemia.

## **NAS VEREDAS DA BUROCRACIA: ESQUECIMENTOS E APAGAMENTOS**

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 Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmou que os contágios e mortes estavam fora de controle, 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.

Desde o início, a vulnerabilidade de populações imigrantes diante da crise sanitária esteve colocada (BRANCO-PEREIRA, 2020b). Em 31 de março de 2020, a OMS já apontava que o impacto da pandemia sobre imigrantes e refugiados merecia atenção especial em virtude de suas condições de abrigamento 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, 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 imigrantes 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 Imigrantes 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 desta população”, como formulado pela coordenadora à época, Jennifer Alvarez. Compormiam 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 imigrantes 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 imigrantes e refugiados infectados com o SARS-CoV-2 ou mortos em decorrência da doença, também 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 tomei parte. Nela, ficou acertado que a CPMig-TD realizaria a interlocução com as Secretarias de Saúde e Assistência 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.

Pouco tempo depois, no dia 6 de maio, 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 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. 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)

Ou seja, o Ministério da Saúde afirmava que a coleta da informação sobre o país de origem dos imigrantes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) somente era feita quando fossem relativos a imigrantes de 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, grifo meu)

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 cons-

trução 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. Configurava-se, assim, 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.

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). 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, mas analisarei a 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 vislumbra **resultado que beneficie um determinado grupo de pessoas hipossuficientes**” (Procuradoria Geral do Município de São Paulo, 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**” (Procuradoria Geral do Município de São Paulo, 2020, p. 6, grifo no original). Os imigrantes, tomados como detentores do privilégio de utilizar uma das melhores - senão a melhor! - rede de saúde do país, constituiriam, por oposição, grupo hipersuficiente, dis-

pensando e desautorizando a Defensoria Pública da União de 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 imigrantes 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.” 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; não haveria qualquer elemento que exponha que quaisquer tipos de discriminações e privações estivessem recaindo sobre imigrantes que viviam situações de vulnerabilidade no Brasil e na cidade de São Paulo; e, mesmo para o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas às populações imigrantes vulneráveis, não alterariam 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 imigrantes infectados e mortos pela Covid-19 é importante apenas na medida em que permite mapear a importação de casos que ameaçassem a segurança sanitária do município. Sob a perspectiva expressa pelo Estado em ambas as manifestações, imigrantes são importantes para a elaboração de políticas públicas que almejam proteger cidadãos nacionais do risco sanitário 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 atestou 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”. 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 imigrantes. 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, 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 imigrantes que viviam em situação de vulnerabilidade na cidade de São Paulo, ou no Brasil. Àquele momento, já haviam dezenas de denúncias de episódios de xenofobia e racismo contra imigrantes (FIGUEIREDO, 2020), além do assassinato de um imigrante angolano, João Manuel, por xenofobia (Id. Ibid.). Também em 2020, já haviam relatos sistematizados por coletivos organizados da sociedade civil sobre imigrantes 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. Ainda que a Procuradoria não tenha explicitado o que chama de preceitos legais do SUS, eles estão dispostos na Lei nº 8080/90, e pressupõem a universalidade do acesso – garantia de cuidados em saúde a todas as pessoas que busquem assistência primária ou emergencial sem discriminações de qualquer sorte –, a integralidade – promoção de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso –, e a igualdade, ou equidade – a noção de que é preciso considerar os usuários do sistema de saúde em suas diferenças e desigualdades de modo a permitir que o acesso seja igualitário mesmo entre os desiguais.

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 positivas<sup>3</sup> poderia criar, a um só tempo,

---

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

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

Dito de outra maneira, é como se o SUS pudesse ser convenientemente considerado enquanto um bloco homogêneo 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 (BRANCO-PEREIRA, 2021). Antes de adentrar nesse debate de maneira mais aprofundada, descreverei as lutas pelo retorno das memórias impedidas, analisando como as articulações em rede constituem estratégia de garantia de direitos e visibilização.

## OS MUTIRÕES DE VACINAÇÃO: ARTICULAÇÃO EM REDE COMO GARANTIDORA DE DIREITOS E VISIBILIZAÇÃO

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 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A escolha de uma mulher negra foi feita para simbolizar o caráter inclusivo da campanha de vacinação por vir: Mônica era moradora de Itaquerá, trabalhava como enfermeira em dois empregos, foi mãe solteira e trabalhava no SUS 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. 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.

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 sociais menos vulneráveis no acesso a imunizantes, canalizando as vacinas para territórios onde não havia sobremortalidade e onde havia maior concentração de população branca e de renda alta (FAUSTINO et. al, 2021). Entre maio e julho, já com dados sobre a vacinação relativamente consolidados, dados do LabCidade demonstravam que as populações negras da periferia de São Paulo eram 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; MAZZA, 2021; ZIEGLER, 2021).

É preciso, antes de mais nada, ressaltar que tais discussões só foram possíveis por meio da análise dos dados coletados sobre raça/etnia dos infectados e mortos pelo SARS-CoV-2 e dos vacinados contra a Covid-19, seus territórios de residência e o território de aplicação da vacina, subsequentemente cruzados com dados do último censo demográfico. À semelhança do que ocorreu em relação aos dados sobre contágios e mortes, a campanha de vacinação não coletou dados sobre as nacionalidades dos imunizados. Assim, não seria possível demonstrar quais grupos de imigrantes tiveram sobremortalidade maior, em quais territórios, se estavam ou não sendo desigualmente vacinados, e por quais motivos. Poderíamos, quando muito, extrapolar os dados sobre raça/etnia, afirmando que os imigrantes negros e indígenas foram os que mais morreram e os que menos receberam vacinas, já que isso foi comprovado pela presença dos dados de raça/cor e etnia nas fichas de registro da doença e nos dados relativos à vacinação. Entretanto, essa afirmação poderia ser feita apenas de maneira inespecífica, o que permitia ao poder público afirmar, como demonstrado na seção anterior, que essas populações não sofreram discriminações ou privações de qualquer sorte. O registro pormenorizado, assim, é fulcral para o reconhecimento das discriminações e privações dessas populações por

entes estatais – mesmo que o reconhecimento não resulte em respostas concretas. A recusa em produzi-lo, sistematizá-lo e divulgá-lo impõe o esquecimento sobre como o tratamento de grupos diferentes sob a égide do discurso universalista inequalizável produz e torna perene arquiteturas desiguais de acesso ao SUS.

### “AS LEIS NÃO BASTAM...”

Desde o início da campanha de vacinação, a apresentação de alguns documentos, como o CPF e o comprovante de residência, para conseguir se vacinar 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021); o artigo 13 da Portaria nº 940/11 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 (CNS), o desconhecimento do número do CNS ou a impossibilidade de realizar o cadastramento ou a consulta à Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 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, de acordo com a administração municipal, em razão da diminuição progressiva da faixa etária da população elegível,

e, diante da escassez de doses, era preciso realizar o direcionamento das vacinas para municípios, evitando que pessoas de outras cidades fossem até São Paulo apenas para se imunizar. 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 imigrantes no município em razão da impossibilidade de imigrantes de apresentarem documentos, fossem eles CPFs ou comprovantes de residência. Em alguns casos, mesmo portando documentos válidos 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 sistemática de produção de indocumentação acoplada à pandemia do coronavírus. As fronteiras foram 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 CPMig-TD. A pauta destinava-se a debater os problemas com a vacinação encontradas por imigrantes na cidade. Vinícius Duque, coordenador da CPMig-TD à época, afirmou que, a despeito das exigências de documentos formalizadas em instrutivos divulgados pela Secretaria Municipal de Saúde, não estavam sendo reportadas dificuldades para a vacinação de imigrantes. Ele afirmou que as UBSs do centro estavam aceitando declarações de próprio punho de líderes de ocupação como comprovação de residência, no caso daqueles imigrantes 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 imigrantes sobre negativa de acesso à vacinação na Ouvidoria do SUS.

Ainda que, como vimos acima, a falta de documentos, por si só, não fosse suficiente para barrar o acesso à vacinação contra a Covid-19 se considerássemos as leis e instrumentos normativos que versam sobre o assunto, ou que a inexistência de registros oficiais fosse suficiente para que o poder público ignorasse o problema, Yoselin<sup>4</sup>, 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 Associação de Mulheres Imigrantes Luz e Vida (AMILV), um coletivo de mulheres bolivianas, paraguaias, venezuelanas e brasileiras que se articulou junto a outras organizações para denunciar as negativas de vacinação de imigrantes 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

---

4 Nome fictício

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, 12/07/2021.

Samuel<sup>5</sup> 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, essa última no município de São Paulo. Não teve sucesso, 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, 11/09/2021

Martin<sup>6</sup>, venezuelano, mora em Tiquatira, próximo ao bairro da Penha, e veio para São Paulo após passar um período em Roraima. Seus pais vieram primeiro, e ele chegou ao Brasil em fevereiro de 2020. 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, ouviu a segunda negativa, alegando, agora, que ele precisava de um RNM com data de validade vigente para ser vacinado.

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

---

5 Nome fictício

6 Nome fictício

construção de igualdade de acesso, algo já previsto em lei e sistematicamente ignorado por equipes de saúde e gestores públicos, mesmo quando imigrantes racializados – por vezes naturalizados e legalmente brasileiros – moradores das periferias de São Paulo ou de seus interstícios metropolitanos – as divisas nebulosas entre municípios conturbados – possuíam os documentos requisitados, não conseguiam se vacinar. As equipes de saúde não forneciam maiores explicações, e não houve nenhum registro oficial de nenhum desses casos. A universalidade, nesses casos, impunha o regramento de acesso baseado na apresentação de documentos, mas o demandava desigualmente da população atendida, impactando sobremaneira sujeitos racializados moradores das periferias – grande parte deles, imigrantes negros e indígenas.

### “... OS LÍRIOS NÃO NASCEM DAS LEIS.”

À exceção de Yolanda, todos os imigrantes cujas falas foram descritas acima conseguiram se vacinar nos mutirões realizados pela articulação da sociedade civil. 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 e o Fórum Internacional Fronteiras Cruzadas, coletivo de brasileiros e imigrantes pesquisadores e ativistas dos direitos humanos e dos direitos dos imigrantes. 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.

O primeiro evento foi realizado no bairro de Lajeado, e contou, além da ação de vacinação, com organizações que realizaram atendimentos de regularização migratória, como a Defensoria Pública da União e o ProMigra (projeto de extensão da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo), rodas de conversa sobre saúde conduzidas por psicólogas e assistentes sociais, 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 (19% do público total atendido).

As conversas com a Coordenação de Atenção Básica se iniciaram em 26 de agosto. A coordenadora, Sandra Sabino, solicitou que a gerente da UBS Jardim Fanganiello,, referência para o território onde o evento seria realizado, alinhasse diretamente com a Rede 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 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 registava falta de doses de vacina. Conversamos novamente com a Coordenação de Atenção Básica da prefeitura, que disse apenas que orientaria a equipe da UBS. Como forma de reduzir a animosidade e garantir que a vacinação, que já havia sido divulgada, 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. Os adultos seriam vacinados exclusivamente com o imunizante CoronaVac, e os adolescentes seriam vacinados exclusivamente com o imunizante da Pfizer.

A segunda edição do evento ocorreu no bairro Cidade Tiradentes, e mais organizações participaram dos atendimentos de regularização migratória, como o Centro de Referência e Atendimento ao Imigrante (CRAI) e o Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC). Além disso, uma equipe do Centro de Referência e Assistência

Social (CRAS) esteve presente realizando atendimentos de inscrição no Cadastro Único, requisito para a inclusão em programas de assistência social. 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.

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.

No total, foram vacinadas 106 pessoas, o que corresponde a 21,5% do total de imigrantes atendidos. 91 dessas pessoas, ou 18,5% do total de atendidos e quase 86% do público vacinado, não haviam tomado nenhuma dose da vacina até aquela, que foi a única ação de promoção de equidade de acesso à vacina contra a Covid-19 para migrantes residentes no país. 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 mutirão. 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, ignorava, por óbvio, que a população indocumentada é largamente invisível, *esquecida e em esquecimento contínuo*.

Após esses três eventos, a articulação da sociedade civil responsável por esses movimentos conseguiu uma reunião com a presença de mandatos parlamentares (Eduardo Suplicy, Juliana Cardoso e Luana Alves) e a Secretaria Municipal de Saúde, onde uma carta com 7 propostas foi apresentada como insumo para a estruturação de uma estratégia de

promoção de saúde de imigrantes no município. Um Grupo de Trabalho chamado “Estratégias de Promoção à Saúde para Migrantes” foi oficialmente constituído na estrutura da SMS-SP, com previsão de funcionamento entre março de 2022 e março de 2023, e com representação da sociedade civil e movimentos de imigrantes, do Conselho Municipal de Imigrantes, do Programa Municipal de Imunização, e as Coordenadorias de Atenção Básica e de Vigilância em Saúde da SMS-SP. Por fim, a Coordenadoria de Políticas para Migrantes e Promoção do Trabalho Decente (CMPig-TD) passou a tomar a iniciativa de organizar, ela própria, os mutirões de saúde, com participação da Rede, com o primeiro sendo realizado na Zona Norte de São Paulo em 26 de março de 2022.

Dessa forma, a recusa ao silenciamento e ao apagamento por meio da articulação de movimentos de resistência ao esquecimento forçado, torna possível o retorno das experiências dessas pessoas enquanto *realidade*, não enquanto fato político imaginado e 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 muito esforço ativo contra uma estrutura capaz de alocar as percepções de mundo incômodas ao poder na esfera do alucinatório (BRANCO-PEREIRA, 2021). 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 endereçam populações a serem apagadas no presente de forma que os ecos de suas

existências, sofrimentos e demandas não repercutam. 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 universalidade do sistema de saúde torna-se, por vezes, parte desse mecanismo de esquecimento imposto.

## ENTRE A UNIVERSALIDADE E A EQUIDADE

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 imigrantes residentes no país, em especial daquela parcela que encontra-se indocumentada ou irregular” (Plenária, 2021). Compuseram a Comissão de Organização a Rede de Cuidado em Saúde para Imigrantes e Refugiados (Rede), o Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante (CDHIC), a Central Única dos Trabalhadores (CUT), o Grito dos Excluídos Continental, a Rede Sem Fronteiras, o Promigras - Migração e Saúde (Unifesp), a Associação Brasileira de Antropologia (ABA), a Cátedra Sérgio Vieira de Mello da Universidade Federal do Paraná (CSVM-UFPR), o Instituto Edésio Passos, a Del’Ágora Asociación, o Núcleo de Atendimento a Migrantes e Refugiados da Universidade Federal da Bahia (NAMIR-UFBA) e o coletivo de mulheres imigrantes IADA-África. Foram cinco etapas regionais, uma para cada região do país, entre junho e julho, seguidas pela etapa nacional, realizada em agosto.

O processo de organização do evento iniciou-se ainda em janeiro de 2021 em conversas realizadas entre a Comissão de Saúde da CUT, a Rede e o CDHIC. 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. Embora as ações desenvolvidas nas Plenárias sejam de interesse para o argumento cen-

tral deste trabalho enquanto uma estratégia fundamental de visibilização das demandas de garantia de acesso ao SUS às populações imigrantes, não as descreverei de maneira esmiuçada 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 ocorreu na reunião de lançamento da organização da Plenária, realizada no dia 5 de março. 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, 05/03/2021.

É preciso ressaltar que há diferença entre propor estratégias específicas de promoção de saúde para populações imigrantes, a exemplo do que ocorre com a população de rua, 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 tendia 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, não poderia se aplicar ao direito à

saúde, já que garantir a expansão do acesso ao SUS aos imigrantes 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, que beneficiaria os milhares de imigrantes moradores das ocupações irregulares e residentes sob contratos informais de aluguel, 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, brasileiro naturalizado, é emblemático.

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 e outras justificam a adoção de discriminações positivas de maneira a mitigá-las.

Dito de outra forma, 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 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 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*. Este é o caso dos imigrantes racializados, indocumentados ou não (BRANCO-PEREIRA, 2020c).

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 nas redes existentes do SUS, SUAS e demais políticas; e outra propunha a produção de levantamento sobre o acesso de imigrantes 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, grifo meu.

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. Neste sentido, eu iria no sentido, na direção de pensar junto com vocês, e aí já têm vários estudos que nos ajudam a refletir sobre isso, quais são as desvantagens em relação aos imigrantes, encontrados por eles no acesso aos serviços de saúde em face às populações locais. De que forma a gente poderia fazer esses mecanis-

mos 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. (...) Eu vou dizer novamente, né, a gente tem que... 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. É isso que eu tô chamando a atenção que a gente precisa ter cuidado. Eu entendo que é difícil de explicar, a gente vem há anos aí estudando pra chegar a compreender que é delicado você associar... (...) 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, vejam bem, eu não estou falando nada extraordinário e fora da realidade que a gente possa ver palpável, não é? Então, me preocupa quando numa Plenária a gente discuta questões de identificar nacionalidade e associar o problema, seja de doença... Veja bem, não é nada contra ninguém aqui, eu tô tentando esclarecer apenas um ponto de vista teórico que é anterior a esse debate. A gente deve ter ele como pressuposto para trabalhar saúde e migração.” Registro de campo, 29/06/2021, grifo meu.

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 imigrantes, e facilitar o acesso para o

último grupo – e, é preciso que se diga, essa proposta só está colocada em virtude da identificação de desigualdade de acesso em relação aos nacionais, em especial àqueles mais abastados – significaria privilegiá-lo, não colocá-lo em condição de igualdade aos demais. Esta formulação só é possível quando se considera existir igualdade 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 imigrantes 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 analisar 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, de alguma forma, 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 a 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 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 ao apagamento das políticas coloniais de extermínio (NASCIMENTO, 1978). 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 sus-

pensão das políticas de demarcação de terras indígenas e quilombolas (WALTENBERG, 2020).

Em contextos de saúde, é amplamente conhecida a luta dos movimentos negros pela identificação como forma de subsidiar, por um lado, as denúncias por violações de direitos e violências praticadas em contextos de saúde, e, por outro, a construção de estratégias 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, é preciso que se diga, *não funda o racismo em contextos de saúde, mas o torna visível*.

A segunda parte do argumento diz respeito à indiferenciação interna dos grupos imigrantes. Não é possível, como formulado pelo antropólogo, identificar as iniquidades e respondê-las tratando “imigrantes” enquanto um bloco monolítico e 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 estratégias 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 *krèyol* 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 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) imigrantes

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 problemática-mente racista? Quais são os efeitos disso para o acirramento do racismo e da xenofobia em contextos de saúde?

Por fim, é preciso endereçar a fala 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 (BRANCO-PEREIRA et. al, 2021; BRANCO-PEREIRA e QUINTANILHA, 2021). No entanto, o choque vem predicado: se antes era apenas a massa indistinta de imigrantes indocumentados, irregulares, *ilegais* que eram proibidos de circular, agora os *pesquisadores* não podem entrar na França. Não é qualquer corpo brasileiro cuja imobilidade forçada incomoda a outros brasileiros, senão aquele que possui classe, raça e gênero desacostumados a serem alvos dessas medidas. 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.

### À GUIA DE CONCLUSÃO: “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 deste trabalho foram amplamente 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 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

(SEGATA, 2020). 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 trabalho, busquei argumentar que “os outros” continham entre suas fileiras imigrantes negros e indígenas majoritariamente indocumentados. Procurei demonstrar também como o esquecimento imposto pelo Estado se articula por meio do apagamento e das negativas de reconhecimento das realidades experienciadas por essas populações, tidas como incômodas, indesejáveis e descartáveis, em seus sistemas oficiais de coleta, sistematização e divulgação de informação. Tal esquecimento é soerguido por meio de um apagamento frequentemente travestido de princípios tributários a um universalismo que advoga que a igualdade perante a lei, chamada aqui de isonomia formal, deve ser absoluta e inegalizável, ainda que diante de desigualdades que tornem este horizonte virtualmente inalcançável.

Assim, é precisamente por meio da defesa da universalidade - do Sistema Único de Saúde, mas não apenas - que se constrói a impossibilidade de garantir 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 alianças (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 imigrantes e de ativistas brasileiros registram a demanda por políticas equitativas de acesso e de garantias de direitos, e aterraram 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.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, B. R.; AVANCI, J. L., KOHARA, L. T. Pandemia nos cortiços de São Paulo e as mortes (in)visíveis em uma cidade que ninguém quer ver. **Labcidade**, 22 jun. 2020. [Acessado 05 Março 2022]. Disponível em <<http://www.labcidade.fau.usp.br/pandemia-nos-corticicos-de-sao-paulo-e-as-mortes-invisiveis-em-uma-cidade-que-ninguem-quer-ver/>>.

BRANCO-PEREIRA, A.. Alucinando uma pandemia: ensaio sobre as disputas pela realidade da Covid-19. **Horizontes Antropológicos**, v. 27, n. 59, pp. 129-145. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100007>>.

BRANCO-PEREIRA, A.; CASTELLI, A.; BERSANI, A. E. de F.; ANDRADE, I. Apresentação: Atravessando a Covid-19. Dossiê “Migrações, mobilidades e crises sanitárias” – Volume 2. **TRAVESSIA – Revista do Migrante**. Ano XXXIV, n. 91, v. 2, 2021.

BRANCO-PEREIRA, A.. Etnografar e intervir. **Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)**, v. 29 (supl.), pp. 216-224, 2020a. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v29isuplp216-224>>

BRANCO-PEREIRA, A.. **Imigrantes, refugiados e o novo coronavírus**. In: GROSSI, Miriam P.; TONIOL, Rodrigo (orgs.). *Cientistas Sociais e o coronavírus*. 1ª ed. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha, 718p. 2020b.

BRANCO-PEREIRA, A.. **Viajantes do Tempo: imigrantes-refugiadas, saúde mental, cultura e racismo na cidade de São Paulo**. 180p. Curitiba: Editora CRV, 2020c.

BRANCO-PEREIRA, A.; QUINTANILHA, K.. Deportação e trabalho escravo. **The Intercept Brasil**, 23 jul. 2021. Disponível em <<https://theintercept.com/2021/07/23/deportacao-trabalho-escravo-governo-exercito-migrantes-desastre-humanitario/>>. Acesso em 10 mar. 2022.

BRASIL. **Constituição**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração.

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.

CARNEIRO, R.. 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, pp. 394-424, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5433/2176-6665.2017v22n2p394>>.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; ANDRADE, M. C.; MAZZIERO, M..; PINHEIRO, R. C.; SOUZA, N. D. de; SILVA, S. M. da; AKERMAN, M.. A construção da equidade no acesso às políticas públicas: uma experiência de articulação intersetorial e interinstitucional na área central do município de São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 34, n. 6, p. 95 a 104, 2000. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6350>. Acesso em: 10 mar. 2022.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; SILVEIRA, C.. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600026>>.

DE CHIARA, M.. Pobres de SP têm mais risco de morte por covid-19. UOL. 11 jul. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/07/11/pobres-de-sp-tem-mais-risco-de-morte-por-covid-19.htm>>. Acesso em: 2 mar. 2022.

ESPOSITO, R.. **Immunitas: Protección y negación de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.

FAUSTINO, D.; LUIZ, O.; KAYANO, J.; KLINTOWITZ, D.; NISIDA, V.; CAVALCANTE, L.. Abordagem territorial e desigualdades raciais na vacinação contra a Covid-19. **Instituto Pólis**, 2021. Disponível em: <<https://polis.org.br/estudos/territorio-raca-e-vacinacao/#>>. Acesso em: 27 fev. 2022.

FIGUEIREDO, P.. Angolano morre esfaqueado na Zona Leste de SP e 2 ficam feridos; imigrantes deixam suas casas em Itaquera por medo de xenofobia. **G1 São Paulo**, 19 mai. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/05/19/angolano-morre-esfaqueado-na-zona-leste-de-sp-e-2-ficam-feridos-imigrantes-deixam-suas-casas-em-itaquera-por-medo-de-xenofobia.ghtml>>. Acesso em 24 fev. 2020.

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

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

GONZALEZ, L.. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, ANPOCS, pp. 223-244, 1984.

KIRSCH, S.. **Engaged Anthropology**. Oakland: University of California Press. 2018.

KIRSCH, S.. **Experiments in engaged anthropology**. Collaborative Anthropologies, v. 3, p. 69-80. 2010.

KLUGE, H. H.; JAKAB, Z.; BARTOVIC, J.; D'ANNA, V.; SEVERONI, S.. Refugee and migrant health in the Covid-19 response. **The Lancet**, v. 395, n. 10232, pp. 1237-1239, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30791-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30791-1)>. Acesso em: 29 fev. 2022.

LEAL, M. do C.; GAMA, S. G. N. da; PEREIRA, A. P. E.; PACHECO, V. E.; DO CARMO, C. N.; SANTOS, R. V.. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, supl. 1: e00078816, 2017.

MARINO, A.; KLINTOWITZ, D.; BRITO, G.; ROLNIK, R.; SANTORO, P.; MENDONÇA, P.. Circulação para trabalho explica concentração de casos de Covid-19. **A cidade é nossa - Raquel Rolnik**. UOL. 30 jun. 2020. Disponível em: <<https://raquelrolnik.blogosfera.uol.com.br/2020/06/30/circulacao-para-trabalho-explica-concentracao-de-casos-de-covid-19/>>. Acesso em: 6 mar. 2022.

MARINO, A.; BRITO, G.; MENDONÇA, P.; ROLNIK, R.. Prioridade na vacinação negligencia geografia da Covid-19 em São Paulo. **Labcidade**, 26 mai. 2021. Disponível em: <<http://www.labcidade.fau.usp.br/prioridade-na-vacinacao-negligencia-a-geografia-da-covid-19-em-sao-paulo/>>. Acesso em: 1 mar. 2022.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JÚNIOR, N.. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, pp. 69-76, 2005.

MAZZA, M.. Vacinação contra a Covid-19 avança de forma desigual nas periferias da Grande SP, apontam pesquisadores da USP. **G1 São Paulo**, 23 jul. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/07/23/vacinacao-contracovid-19-avanca-de-forma-desigual-nas-periferias-da-grande-sp-apontam-pesquisadores-da-usp.ghtml>>. Acesso em: 01 mar. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parecer Técnico nº 99/2020**-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Processo nº 25000.074061/2020-96.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 2.236 de 2 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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011**. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão).

MIRANDA, R. de S.. **Racismo no contexto de saúde: um estudo psicossociológico**. Tese de doutorado (Psicologia Social), Universidade Federal da Paraíba. 194p. 2015.

MONTEIRO, D.. Covid-19: Capital passa a exigir comprovante de residência para vacinação. **Site da Câmara Municipal de São Paulo**, 28 mai. 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.

NASCIMENTO, A. do. **O genocídio do negro brasileiro**: processo de um racismo mascarado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

PLENÁRIA NACIONAL SAÚDE E MIGRAÇÃO. Chamada para a Plenária Nacional Saúde e Migração. **Site da Plenária Nacional Saúde e Migração**. 2021. Disponível em: <<https://www.plenariasaudemigracao.com>>. Acesso em: 10 mar. 2022.

PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Contestação apresentada nos Autos nº 5010540-35.2020.4.03.6100. 2020.

REDEBRASILATUAL. Vacinação é mais lenta em regiões pobres e com maior mortalidade. **Rede Brasil Atual**, 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.

REDE de Cuidados em Saúde para Imigrantes e Refugiados. **Nota Técnica sobre a necessidade do registro da nacionalidade em casos da COVID-19**. 6 mai 2020, 2020a. Disponível em <<https://drive.google.com/file/d/1guDvxgrIRH0Rh9aooPqfxwiYDn323ya2/view?usp=sharing>>. Acesso em: 2 mar. 2022.

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**. 22 mai. 2020. 2020b. Disponível em: <[https://drive.google.com/file/d/1HhE8f6NtOkB1mt1IpK\\_DLSXF2gwI4qIi/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1HhE8f6NtOkB1mt1IpK_DLSXF2gwI4qIi/view?usp=sharing)>. Acesso em: 2 mar. 2022.

REDE NOSSA SÃO PAULO. A desigualdade na distribuição das UTIs em São Paulo. **Rede Nossa São Paulo**, 8 abr. 2020. Disponível em <<https://www.nossasaopaulo.org.br/2020/04/08/a-desigualdade-na-distribuicao-das-utis-em-sao-paulo/>>. Acesso em: 9 mar. 2022.

SANTOS, M. A. P. dos, et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados [online]**, v. 34, n. 99 [Acessado 10 Março 2022], pp. 225-244, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>>

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F.. **O direito à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas**. In: RÉ, Alúcio Iunes Monti Ruggeri (org.). *Temas Aprofundados da Defensoria Pública*. Salvador: Editora JusPodivm. 2ª edição, 2014.

SEGATA, J, Covid-19, biossegurança e antropologia. **Horizontes Antropológicos**, v. 26, n. 57, pp. 275-313, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-71832020000200010>>

WALTENBERG, G.. Bolsonaro sobre demarcações: “Somos um só povo, uma só raça”. **Metrópoles**. 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. 2022.

YUJRA, V. Fala no evento “Covid-19, fronteiras e as lutas por visibilidade migrante: paradigmas da saúde”, em 2h49m36s. 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Q4knPLlQQQ8>>. Acesso em 10 mar. 2022.

ZIEGLER, M. F.. 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: 1 mar. 2022.

ZIEGLER, M. F.. Imunização avança, mas população da periferia de São Paulo segue pouco vacinada. **Agência FAPESP**, 22 jul. 2021. Disponível em: <<https://agencia.fapesp.br/imunizacao-avanca-mas-populacao-da-periferia-de-sao-paulo-segue-pouco-vacinada/36400/>>. Acesso em: 3 mar. 2022.