

Migração e Saúde em uma perspectiva epistemológica: reflexões para os trabalhadores da área da saúde

Dr. Ardigò Martino

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

E-mail: ardigo.martino@gmail.com

Giovanna Carla Costa Rangel

Universidade Federal de Goiania PPGSC - UFG

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva.

E-mail: giovanacarla.costa@gmail.com

Resumo

A contribuição aqui apresentada utiliza uma abordagem transdisciplinar para investigar as determinações sociais implicadas nos processos saúde-doença das pessoas ou comunidades envolvidas em experiências migratórias. O texto tenta organizar um percurso lógico/metodológico que ajude na análise das múltiplas dimensões da saúde dos migrantes, incluindo elementos específicos inseridos pela cultura, elementos micro e macro políticos e elementos da organização dos serviços, combinando diferentes níveis de análise que pertencem aos campos social, cultural, político, econômico e dos direitos. Finalmente o texto aborda a necessidade de tratar a saúde dos migrantes não como capítulo separado, mas como parte integrante das competências e capacidades de cuidado de serviços e profissionais.

Palavras-chave: Migração, Saúde, Direitos Humanos, Globalização.

Abstract

This paper investigates the social determinations of health involved in migration and the social determinations of migrants health through an interdisciplinary approach. The text tries to organize a logical / methodological path that helps analyse the multiple dimensions of migrants health, including culture, micro and macro political interactions, migration and health services organization, combining different approaches that belong to sociology, anthropology, political sciences, economy and Humans Rights. Finally, the text addresses the need to approach migrant's health not as a chapter separated from health services and health knowledge, but as a fundamental part of the

competencies and capacities of care belonging to professionals and health services.

Keywords: Migration, Health, Human Rights, Globalization.

Migração, saúde e necessidade de uma abordagem transdisciplinar

A contribuição aqui apresentada utiliza uma abordagem transdisciplinar para investigar as determinações sociais envolvidas nos processos saúde-doença dos migrantes. No texto, salvo diferentes indicações, a palavra “migrante” será referida às pessoas com experiência migratória, incluindo emigrantes, imigrantes, refugiados, requerentes de asilo etc.

O texto tenta organizar um percurso lógico/metodológico que ajude na análise das múltiplas dimensões da saúde no campo da migração, incluindo elementos específicos inseridos pela cultura, elementos micro e macro políticos e elementos da organização dos serviços. Para abordar a saúde dos migrantes é preciso combinar diferentes níveis de análise que pertencem, entre outros, ao campo social, cultural, político, econômico e dos direitos.

Por um lado as migrações tornam visíveis as “diferenças” culturais a partir do fato que introduzem “novidades” em lugares onde as diferentes representações, significados culturais e sociais ligados à saúde e à doença são localmente organizados, integrados e hierarquizados.¹ A migração coloca em conexão populações com horizontes simbólicos distintos e torna mais evidente o peso que a cultura tem em moldar a nossa organização social² e com ela

os processos saúde-doença.³ A ser colocados em cheque junto com a doença estão também os significados sociais do cuidado e as práticas assistenciais correlatas, a partir do momento que a cultura e a organização da sociedade constituem um papel importante na definição do que é cuidado, o que é restabelecer a saúde de forma satisfatória, quem tem direito a cuidar e quem tem direito a ser cuidado.⁴ Além disso devem ser considerados os fatores mais estruturais de ordem social, econômica e política, que são causas da migração e das doenças em migrantes, que agem como determinantes das migrações e como determinantes sociais da migração.^{5,6} Nesses fatores devem ser incluídos aqueles da violência simbólica⁷ e estrutural^{8,9} e os que definem: as relações de força e poder que expõem os indivíduos a riscos diferenciais de adoecimento e as categorias burocraticamente definida nas quais os migrantes devem ser incluídos para obter ou não diferentes níveis de proteção dos Direitos Humanos.¹⁰

O artigo procura complementar a riqueza da experiência do contexto italiano e europeu com a análise do quadro estrutural no qual os processos migratórios atuais são inseridos, facilitando a compreensão dos processos próprios do Brasil.

Migração e cultura

Um dos primeiros efeitos das migrações contemporâneas desde os países com experiências de colonização até os países com uma história de colonizadores, é de ter trazido a alteridade para dentro dos serviços de saúde e para dentro das práticas clínicas da biomedicina ocidental. Em decorrência desse encontro surge a necessidade de refletir a respeito do peso da cultura nos processos saúde-doença e a respeito da objetividade dos diagnósticos obtidos através da semiótica e das tecnologias. Essas reflexões já existiam no campo da saúde mas eram confinadas no espaço da filosofia¹¹ ou da da saúde mental¹² como discussões periféricas. Realmente ao longo dos anos 60/70/80, em uma época na qual a magnitude dos processos migratórios era limitada, as dimensões culturais e sociais dos processos saúde-doença constituíam simplesmente elementos de crítica ao modelo biomédico ocidental como modelo médico objetivante. Porém, ao longo do tempo, esse movimento crítico se estrutura com mais força no campo da saúde mental, onde a relação entre organização social, cultura, doença e clínica é mais evidente. Um bom exemplo são as contribuições dos antropólogos da chamada escola de Harvard. Nos anos 70, sobretudo graças aos trabalhos de autores como Arthur Kleinman, a antropologia médica começa um caminho de revisão crítica a respeito da objetividades da biomedicina, afirmando pelo contrário que a medicina “ocidental” e o seu olhar sobre os processos saúde/doença se configura mais como uma

forma de etnomedicina do que de um dispositivo de objetivação. A perspectiva inovadora da escola de Harvard reside na prática de analisar a biomedicina exatamente da mesma maneira que as outras etnomedicinas. Utilizando as mesmas ferramentas etnográficas que eram usadas para estudar as outras “etnomedicinas” emerge claramente que as “doenças biomédicas” são nada mais que categorias específicas produzidas através de um conjunto de saberes mediados por elementos culturais e sociais.¹³ Ainda que a biomedicina indague as doenças através de tecnologias que descrevem uma realidade objetiva, baseada sobre a neutra descrição da natureza, as dimensões descritas representam somente uma parte do que o indivíduo e a sociedade entendem ser uma doença ou a saúde. Para tornar a saúde e a doença “operacionais” dentro da sociedade é preciso carregá-las de diferentes significados culturais e sociais, que dependem da perspectiva da qual se observa. Médico e paciente, neste sentido, possuem diferentes modelos explicativos¹⁴ (que a escola de Harvard começa chamar respectivamente disease - doença como alteração da estrutura orgânica ou do seu funcionamento - e illness - percepção e experiência de doença, enraizada no horizonte cultural, social e familiar do paciente) através dos quais dão reciprocamente significado à doença. Doença e illness se relacionam de maneira horizontal e não hierárquica, porque ambas interpretam uma realidade, medida ou vivida, através de elementos culturais e sociais, portanto ambos

devem ser revelados e explicados a fim de chegar à co-definição de um diagnóstico e de uma terapia. Essa co-definição é fundamental para obter “compliance” nas terapias. A escola de Harvard dá forma, através do caminho antropológico, ao trabalho que Georges Canguilhem empreendeu na década de 1940 (e posteriormente completou nos anos 60) através da filosofia, entendendo como o conhecimento biomédico pode se tornar “cura” somente se sujeitos e sociedades “confiam” no saber médico, nos serviços de saúde e nos profissionais. Canguilhem no “O normal e o patológico” tem a fundamental intuição de reconhecer que a autoridade sobre a determinação da doença e a legitimação do cuidado é competência do paciente.¹¹ Esse reconhecimento coloca em crise a objetividade da biomedicina como elemento central do cuidado, porque coloca no centro da cena a subjetividade do paciente, seus desejos e a sua escolha do que é ou não é saúde. De fato é o sujeito que, se sentindo doente, procura ou não ajuda e nessa procura, eventualmente, ele transfere a autoridade terapêutica ao outro, como indivíduo e como instituição social que representa, e é nessa transferência que se produz o médico, como produto único da subjetividade de quem procura cuidado, não de quem oferece. Quando uma massa crítica de sujeitos dentro da sociedade concordam em escolher como cuidadores “médicos” com determinadas características se define a “medicina” hegemônica nesse determinado contexto, mas como efeito do conhecimento socialmente produzido e não por causa da

“objetividade biomédica”. Todavia é fato que a medicina organiza e dá sentido ao que o sujeito vivencia, ou seja, tem a tarefa de “nomear” a doença para que essa possa ser abordada e colocada no campo social. “Portanto, existe medicina, em primeiro lugar, porque os homens se sentem doentes. É apenas em segundo lugar que os homens, pelo fato de existir uma medicina, sabem em que consiste sua doença”.¹¹ Um projeto terapêutico, portanto, pode se realizar no momento que cuidador e cuidado se entendem, se reconhecem e se aliam. Essa aliança não pode se gerar se o paciente negar a transferência da autoridade terapêutica. Sendo assim o paciente é o sujeito do processo saúde-doença e não apenas um mero portador de um corpo doente no qual a biomedicina tem autoridade e autonomia de intervenção.

Nesta perspectiva, a primeira contribuição das ciências sociais na prática clínica no campo das migrações respondeu à exigência de interpretação e decodificação dos diferentes modelos explicativos de médico e paciente reconhecendo a importância do encontro e da construção da confiança mútua para permitir a promoção da eficácia terapêutica.

Em um primeiro momento, dando continuidade ao trabalho da escola de Harvard no campo da medicina da migração está a psiquiatria, especialmente a escola psiquiátrica francesa, o movimento da etnopsiquiatria, em particular Devereux.¹⁵ Em prosseguimento aos estudos de Kleinman a respeito da esquizofrenia, a etnopsiquiatria consegue

romper com a ideia de uma universalidade dos transtornos mentais dando centralidade terapêutica aos elementos culturais e sociais envolvidos na produção e construção social da patologia. Devereux reconhece que a classificação de transtornos e síndromes psiquiátricas devem levar em conta tanto o contexto cultural específico em que ocorrem, quanto o grupo “étnico” de origem ou de pertencimento do paciente. Em outras palavras, sendo que certos transtornos são ligados ao ambiente cultural próprio do paciente e não redutível a categorias psiquiátricas universalmente reconhecidas pela biomedicina, no processo de cuidado é necessário dar maior atenção tanto à perspectiva que o paciente tem a respeito da própria condição quanto às representações que a comunidade de origem do paciente atribui ao próprio paciente e à sua condição.

No contexto europeu, a contribuição da etnopsiquiatria representa, até o fim dos anos 90, a maior contribuição no âmbito médico em termos de medicina das migrações. Entretanto sofre algumas limitações que colocaram em disputa o seu reconhecimento e restringiram o seu uso nos serviços de saúde. Como poderemos ver mais a frente, nessa fase a medicina das migrações ainda tem uma certa dificuldade em colocar em análise os fatores estruturais envolvidos nos processos saúde-doença, mas os maiores efeitos colaterais da abordagem da etnopsiquiatria são devido a dificuldade de refletir a respeito das relações de poder entre a medicina bio-reducionista,

produto do ocidente colonizador e o ponto de vista do migrante, muito frequentemente pertencente aos países colonizados. De fato é desde a época das colônias que existe uma medicina colonial com o intuito de facilitar as conquistas de novos territórios, prevalentemente habitado por “selvagens” que deveriam ser ajudados a se desenvolver, educados, curados e salvos das práticas tradicionais que praticavam.¹⁶ Essa medicina colonial que terá continuidade na medicina missionária e na “cooperação ao desenvolvimento” tem a característica de subalternizar a cultura e os saberes dos colonizados e de rotular o conhecimento local, incluindo o conhecimento a respeito dos processos saúde/doença, como conhecimento étnico e tradicional. Coerentemente com essa tradição a resposta da biomedicina foi de reconhecer, através da *Illness* os valores da cultura nos processos saúde/doença mas sem colocar em análise os efeitos da cultura na produção da *disease*. Consequentemente a *Illness* se configura como ferramenta de tradução do saber nativo no saber científico e como dispositivo para facilitar a compreensão do saber biomédico e aumentar a compliance dos pacientes estrangeiros. Ou seja, a cultura como saber acessório e subalterno à biomedicina.¹⁷ Além disso vai se definindo uma teoria cultural da saúde, que não desenvolvendo uma reflexão adequada em termos de determinantes sociais e estruturais de saúde, de relações de poder e do processos históricos nos quais a migração se realiza, consegue eficácia terapêutica e resolutividade

muito limitadas. Tendencialmente nessa época da medicina das migrações a biomedicina vai colocando no campo da cultura tudo o que não é biológico, independentemente que seja pertencente ao espaço cultural, social, político e econômico, reproduzindo as dicotomias e as hierarquias típicas da visão bio-reducionistas e das visões coloniais e pós-coloniais. Desse modo, a entrada da cultura na cena da saúde, que representa uma grande inovação no campo médico, é rapidamente “normalizada” e se torna um dispositivo social de ocultação das dimensões políticas, econômicas e sociais da saúde dos migrantes. Em outras palavras, a introdução da *Illness* por um lado consolida a existência de um domínio do corpo onde a biomedicina produtora de objetividade é hegemônica e um domínio da mente no qual a cultura tem uma certa influência, por outro lado, reafirma a hierarquia entre os saberes dos colonizadores (que não migram) - objetivo - produtor de eficácia clínica, e os dos colonizados (que são os que migram) - étnico e “popular”. Este ponto de análise é extremamente importante para a reflexão sobre a saúde dos migrantes e o desenvolvimento da medicina das migrações. De forma prática, no contexto europeu e norte americano do final dos anos 90 começo do 2000, se afirma uma visão determinista e essencialista da cultura, que vem sendo progressivamente incorporada - e até com um certo sucesso - nos serviços de saúde e na formação dos profissionais sob forma de “competências culturais”. Nessa perspectiva a

Illness se configura como um conjunto de traços e elementos distintivos que caracterizam o sujeito, uma espécie de “bagagem hereditária” através da qual o indivíduo lê e interpreta a realidade e segundo o qual ele age. Essa cultura é um elemento específico do indivíduo somente em razão do *ethos* ao qual forçadamente o sujeito é referido. Se a inclusão da *Illness* e da cultura no processo terapêutico for realizada padronizando a cultura como algo que o paciente carrega, então a cultura do paciente pode ser conhecida independentemente do paciente.¹⁸ Como será discutido mais adiante no texto, o que se coloca em crítica não são as competências culturais em si, que certamente representam um momento de abertura da prática médica a outros saberes,¹⁹ se ressalta a importância de incluir a *Illness* na doença e de se entender a cultura como produto de relação e não como “bagagem do sujeito”.²⁰ O que se coloca em crítica é a competência cultural como núcleo principal da medicina das migrações, que restringe o cuidado aos migrantes à mera tradução e mediação cultural. Nesse sentido o papel do paciente migrante na produção de cuidado se limita ao único ponto de entender de forma correta quais são as dimensões corpóreas da doença, e o papel da medicina é de produzir um processo terapêutico onde a *Illness* seja inserida no espaço terapêutico como forma de inclusão da “bagagem hereditária” que o paciente carrega. Um exemplo muito claro dos efeitos negativos dessa interpretação da cultura vem mais uma

vez da escola etnopsiquiátrica francesa, e mais especificamente da obra do Tobie Nathan.²¹ No início dos anos 2000, Nathan se torna um autor de grande sucesso e contribui amplamente para a afirmação da perspectiva da Illness nos processos terapêuticos, porém aderindo a uma perspectiva cultural fortemente essencialista. Entre outras coisas, Nathan justamente ressalta como em várias medicinas tradicionais o paciente é normalmente colocado no centro da cena e que o limite da biomedicina em “ouvir” o paciente, em reconhecer as categorias que ele apresenta e em se direcionar prevalentemente ao corpo doente são resultados de uma cultura específica que a própria biomedicina carrega. Sendo assim, Nathan reforça a ideia já apresentada por Klaiman que a biomedicina seja uma outra forma de medicina tradicional e que as medicinas tradicionais possuem também resolutividade, ainda que não no mesmo plano da resolutividade biomédica. As afirmações de Nathan, aparentemente são de absoluto bom senso, mas a visão essencialista da cultura tem efeitos extremamente negativos. A etnopsiquiatria de Nathan acaba reforçando a migração como fenômeno étnico assim como a visão da competência cultural com base na standardização e nos protocolos.

Analisando por partes esses dois pontos, podemos ressaltar como um efeito perverso da teoria cultural da saúde a consolidação de uma visão racializada das migrações, reforçando a dicotomia nós/eles. Se a cultura é algo que nos diferencia dos outros, ela define e torna real dois campos que são homogêneos (todos

naquele campo são unidos pelas mesmas características) e inacessíveis um ao outro (sendo que essas características demarcam claramente onde termina o “nós” e começa o “eles”). É com base nessa visão que se justifica uma psiquiatria para nós e uma psiquiatria do *ethnos* para eles, assim como uma medicina e um serviço para “nós” e uma medicina específica para os migrantes. Essa medicina especialista em cultura se produz em centros especializados por especialistas da migração e com auxílio de profissionais como os mediadores culturais especificamente treinados. A medicina portanto atua como dispositivo de racialização através da culturalização da diversidade. Graças à cultura, os diferentes podem ser reconduzidos a grupos homogêneos, ou seja, as etnias e a etnicização das diferenças permite uma nova forma de racialização sem a necessidade de usar a genética. Não ao acaso que nesta fase da medicina das migrações houve uma proliferação de estudos bio-médicos sobre a “*race-ethnicity*” nos quais as diferenças culturais foram rapidamente “biologizadas”. A abordagem biomédica necessita da tradução da Cultura em algo mensurável e previsível, para abordar o migrante de forma “cientificamente evidente” através de protocolos eficazes e eficientes. O paradoxo desses estudos é que são construídos pela maioria de forma totalmente anticientífica. Ou seja, a cultura do indivíduo é reconhecida pela nacionalidade ou, em países como os Estados Unidos, pelas categorias de censo sobre a raça/etnia, que são auto declaradas.^{22,23} Quer dizer, a biomedicina não consegue definir critérios de inclusão e exclusão

epidemiológicos dos pacientes aptos a definir claramente quais são essas características homogêneas que fazem o migrante “migrante” e o nativo “nativo”, para organizar os estudos precisa de categorias sociais e políticas, que incorporadas acriticamente nos estudos vão produzindo uma reificação por meio da biologia de diferenças que são somente sociais, políticas, econômicas e burocráticas. Esta abordagem tem tido múltiplos efeitos: reforçado a construção de diferenças étnicas (estrangeiro-nativo, estrangeiro-estrangeiro), naturalizado a cultura dos autóctones (nós não temos cultura, a nossa sociedade é natural) e possibilitado se consolidar um novo racismo com base não genética, mas étnica (a raça-etnia); favorecido a segregação étnica com base na nacionalidade ou outros traços culturais e religiosos²⁴ sendo que as diferenças étnicas são cientificamente demonstradas pelos estudos biomédicos. Paradoxalmente Nathan coloca como fator envolvido na produção da doença a perda por parte do migrante do que ele chama *attachements* ou “apegos” à cultura originária, portanto a terapia deve reconstruir ao redor do sujeito os “acessórios” que ele perdeu no processo migratório.²⁵ Infelizmente essa visão reforça a abordagem segregante e discriminatória ao multiculturalismo afirmando que os etnicamente diferentes devem ficar confinados em espaço físico onde eles possam reconstruir a etnicidade perdida (little italy, chinatown, o bairro árabe, etc). Nesse sentido a segregação vem sendo incorporada nos serviços de saúde que, como ressaltado anteriormente, vem se diferenciando dos

serviços por “autóctones”, e que se especializam em serviços de saúde para migrantes e dentro disso surge a necessidade de construir serviços culturalmente competentes nas várias “culturas” paradoxalmente definidas por características políticas, como a nacionalidade (marroquinos, romenos, bengaleses, chineses etc). Dessa forma os instrumentos que deveriam possibilitar a sensibilidade dos serviços de saúde à *Illness* são reduzidos a meras técnicas de dupla tradução dos símbolos e significados entre médico e paciente. O fato mais grave é que este dispositivo atua na expulsão do sujeito da produção da própria cultura e da própria saúde. Estandarizar o sujeito significa excluir as características e os elementos que ele mesmo pode colocar em campo para recuperar e manter a própria saúde, assim como o não reconhecimento da individualidade e a unicidade do sujeito vai produzindo desigualdade de acesso ao serviços de saúde, de tratamento e de resultado. Por esse motivo no campo da medicina das migrações começa um processo de crítica à visão culturalista da saúde dos migrantes, incorporando elementos produzidos no campo da sociologia e da antropologia da saúde. Já na primeira metade dos anos 2000, a antropologia, especialmente na Europa, começa um movimento de crítica ao uso determinista da cultura e começa a pesquisar os efeitos sociais produzidos por uma dada visão etnopsiquiátrica e de medicina das migrações. O diálogo entre as ciências sociais e a medicina nem sempre tem sido produtivo. Dentro da antropologia francesa começa uma

crítica aberta a Nathan, primeiramente pelo antropólogo Didier Fassin. Fassin se refere principalmente aos efeitos guetizantes e segregantes do essencialismo cultural: “Em resumo, a questão colocada é a do significado político de um dispositivo de interpretação e tratamento dos distúrbios mentais e dos desvios sociais que constituem a alteridade como um horizonte teórico e prático intransponível”.²⁶ As questões centrais do essencialismo cultural são aos poucos colocadas em discussão, em particular: a visão estática da cultura; a expulsão do sujeito da produção da própria cultura e da própria saúde, a exclusão das dimensões sociais, econômicas e políticas dos processos migratórios e dos processos saúde-doença e, complementarmente, o papel assumido pela biomedicina nesses processos.

De fato não se pode excluir dessa análise o processo continuado que a biomedicina atua, de reduzir as complexas relações micro e macro políticas envolvidas na saúde dos migrantes em categorias essenciais, como no caso do *etnos*. São essas categorias pré-formadas que agem como fatores de expulsão do sujeito e da realidade dos processos terapêuticos. Então precisamos reconhecer nas necessidades de standardização da medicina bio-reducionista e nas estratégias de gestão “eficientistas” fatores sociais de expulsão do sujeito da própria saúde²⁷ assim como o próprio migrante da própria história de migração.²⁸ Porém precisamos também reconhecer que colocar a cultura como fator central na produção de cuidado significa despadronejar a relação entre

serviços de saúde e paciente, tornando obsoleta a visão protocolar da gestão em saúde, sobretudo nos setores primário da assistência, na prevenção e na promoção da saúde.

De fato, seja em termos de produção de cuidado ou em termos de produção de equidade, é necessário reconhecer a individualidade e a subjetividade de cada paciente, dentro da própria trajetória de vida e da história pessoal, familiar e dos grupos sociais aos quais ele pertence. Nesse sentido, um conjunto de reflexões fundamentais nessa linha de pensamento vem se consolidando ao redor do conceito de *agency*²⁹ ou seja a capacidade do sujeito de ser protagonista do próprio destino, de poder fazer da vida, do próprio corpo e da própria saúde o que ele quer e como ele quer. Por um lado isso significa que o sujeito deve poder exercer a sua capacidade de escolha crítica em relação às condições pessoais e ambientais, sendo que o destino dele não pode ser estandardizado a partir de objetivos biológicos, colocados na relação entre fisiologia e patologia, clinicamente definidas. Por outro lado essas escolhas não podem ser realizadas sem colocar em campo a cultura como horizonte simbólico do paciente e como mediadora dos valores, dos desejos e das escolhas dos sujeitos. E ainda, o próprio sujeito através da própria capacidade de livre escolha, de desejar, selecionar, modificar as próprias ações é ao mesmo tempo produto e produtor de práticas e significados culturais. Sendo isso a representação da cultura como algo que pertence ao dia a dia, nas relações vem se

construindo em oposição a um ideia de cultura homogênea, predefinida, capaz de classificar e categorizar o sujeito enquanto membro de um grupo cultural. Não é de se surpreender que autores como Sayad, muito anteriormente, já havia alertado a respeito do fato que o processo migratório em si é um potente fator de pressão sobre a cultura do sujeito e que a cultura do migrante é fortemente dependente do processo migratório vivido pelo indivíduo e não pode ser identificada com a cultura de sua origem.³⁰ Se a cultura do migrante vem se modificando ao longo da experiência migratória,³¹ a abordagem culturalista e essencialista além de produzir uma racialização dos processos migratórios e atuar como um instrumento de verdadeira opressão ao migrante e de produção de violência cultural,³² emerge também como um dispositivo de dissimulação dos efeitos que o processo migratório vai produzindo na cultura, na trajetória de vida, nas relações e redes sociais e, em definitivo, sobre comportamentos e estilos de vida que podem ter implicações relevantes para a saúde do migrante. A abordagem culturalista corre então o risco de ocultar os processos históricos e políticos que provocam e modelam os percursos migratórios e seus efeitos sobre a saúde. Assim sendo, a própria perspectiva originariamente proposta pela escola de Harvard começa a ser reanalisada e integrada. Uma contribuição importante vem da chamada antropologia médica crítica,^{33,34} que logo se configura como uma abordagem muito importante por incluir na análise dos processos saúde-doença próprios dos

migrantes o papel dos processos sociais, políticos e econômicos. Na antropologia crítica se atribui particular ênfase à esfera da violência estrutural, ao sofrimento social³⁵ e ao domínio da violência simbólica,³⁶ que se configuram como ferramentas conceituais extremamente úteis nas análises da saúde dos migrantes. Esta abordagem permite manter abertos diversos planos de análises e de trabalhar ao mesmo tempo com os indivíduos e os contextos, explicitando as mútuas relações entre sujeitos e processos, analisando-as à luz dos conceitos de vulnerabilidade de um lado e *agency* e resiliência de outro.

Novamente autores de Harvard ajudam a desenvolver essa abordagem: Paul Farmer que impõe no espaço da antropologia médica o conceito de violência estrutural já utilizado pelo sociólogo Johan Galtung,³⁷ aproxima ao campo da saúde aqueles fatores de risco operados pela própria estrutura da organização social e que não necessitam de um ator específico para ser executados. Essa abordagem ajuda a colocar em análise aqueles processos que, não tendo uma relação de causa e efeito imediata e direta, normalmente são excluídos da análise dos fatores de risco à saúde de sujeitos e comunidades. Para entender como a violência estrutural age sobre os indivíduos, Farmer nos avisa que precisamos ter um olhar geograficamente amplo e historicamente profundo.³⁸ Em outras palavras, os destinos dos indivíduos não podem ser separados do contexto que, no mundo globalizado, apresenta territórios geograficamente distantes mas que

estão culturalmente, socialmente e politicamente interligados. Por outro lado, os processos contemporâneos não podem ser entendidos senão à luz dos processos históricos dos quais eles são consequência. Outra autora da escola de Harvard, Nancy Krieger, oferece uma visão integrada desses processos muito útil para os trabalhadores da área da saúde, unindo *vulnerabilidade, resiliência, agency, processos sociais locais e globais, micropolítica e macropolítica*.³⁹ Através da abordagem que Krieger chama de eco-social, se coloca a atenção na relação entre sujeitos e ambiente físico e social, entendendo que os indivíduos e os grupos manifestam a saúde e as doenças no corpo como resultado do *embodiment*, ou seja, a incorporação na carne desses processos que são colocados no espaço físico e social. Porém não se pode entender os sujeitos como passivos pois eles são ao mesmo tempo produto e produtores desses processos sociais. Por esse motivo a doença, assim como a cultura dos sujeitos, não são deterministicamente previsíveis, mas pode ser um elemento anamnóstico útil. Em outras palavras, sendo os sujeitos únicos e dotados de livre arbítrio, a incorporação não pode ser usada como forma de previsão das doenças ou de quem ficará doente dentro um determinado grupo, mas sim pode se olhar o sujeito doente e “ler” os processos de incorporação (literalmente *pathways of embodiment*). Nessa perspectiva, para colocar a *Illness* no processo terapêutico não é mais necessário um protocolo padronizado. O encontro com o sujeito e a sua cultura não é mais algo que ele próprio carrega,

mas é algo que ele faz na interação com o mundo, inclusive no encontro com os profissionais da área da saúde.

Por outro lado, na literatura internacional começa se reconhecer, em termos de saúde, que a história de vida do paciente e a história da sua migração são fatores que não podem ser separados da sua doença. De fato relevantes fatores epidemiológicos presentes nos países de origem podem marcar para a vida inteira, de forma positiva ou negativa, a saúde dos migrantes. Mas, ao mesmo tempo, o processo migratório em si não acontece de forma igual para todos os migrantes: existem os que chegam no país de destino através de uma rápida viagem de avião; os que fogem de perseguições através de caminhos tortos e imprevisíveis; os migrantes traficados que podem ser explorados ao longo do percurso migratório que pode durar até anos; as mulheres e as crianças que frequentemente são vítimas de abusos. Finalmente existem as condições no país de destino que, em relação às políticas de acolhimento, podem ou não incluir os migrantes nos sistemas de proteção e afirmação de direitos. Sendo assim, é a história pessoal e do grupo ao qual o sujeito pertence a se tornar o centro da análise e da investigação dos serviços de saúde. Com certeza existem fatores de risco pré-migratórios, peri-migratórios e pós-migratórios⁴⁰ que são comuns em determinados países de origem, em determinadas travessias, ou em determinados países de destino, mas cada indivíduo, através da sua cultura como elemento único e

resultado de um história individual, carrega uma identidade específica e irrepetível e age através do livre arbítrio de forma imprevisível. Portanto é somente através da história do sujeito que se pode definir como os fatores estruturais sociais, políticos, econômicos são incorporados no próprio migrante.⁴¹

Portanto, a doença no corpo emerge como o ponto de interseção entre processos multidimensionais e o corpo doente se torna objeto de análise, não enquanto mero substrato biológico, mas como produto e produtor de processos políticos, econômicos, sociais e culturais.

Claramente o corpo do migrante, deixa de ser de domínio exclusivo da biomedicina a partir do momento que – como primeiro instrumento de relação do sujeito com o mundo – se coloca na junção desses múltiplos planos.

No campo da antropologia essa visão do corpo não representa uma novidade, desde os tempos de Marcel Mauss vem sendo concebido como o resultado da relação entre o sujeito e o ambiente social e cultural que ele atravessa.⁴² Sucessivamente, Bourdieu ressalta com a noção de “habitus” como o corpo socialmente informado,⁴³ um corpo que transcende a visão ligada à dimensão orgânica e biológica, reconfigura-se como um dispositivo de relação intersubjetiva, de produção de significados e práticas. Do ponto de vista teórico, as relações entre corpo e sociedade há muito tempo são terreno de pesquisa para a sociologia e para a

antropologia social, a antropologia simbólica e estruturalista, que tem destacado o papel das simbologias e dos significados sociais em moldar os modelos de corporeidade e na produção de verdadeiros e próprios “corpos específicos”.

No campo da medicina das migrações o que não pode ser negligenciada é a análise das relações de poder e os efeitos das relações de poder no corpo e no corpo doente. Esse tipo de análise tem que ser realizada sempre a partir do sujeito, de forma não determinista mas avançando de maneira heurística,⁴⁴ permitindo indagar os efeitos do poder sem solução de continuidade entre o espaço micro-político (anatomopolítica)⁴⁵ e do macro-político (biopolítica).^{46,47} O corpo e a dupla saúde/doença são então observados através de perspectivas múltiplas, embora convergentes, na tentativa de cartografar as densas interações entre corpo e contexto – geográfico, ecológico, cultural, social, econômico e político – e reconstruir a topografia dos específicos significados e funções que os investem.

Dentro da antropologia, uma junção fundamental na reconfiguração do corpo nas suas dimensões individuais, sociais e políticas é constituída da contribuição do paradigma da incorporação de Csordas.⁴⁸ Esta contribuição reforça a ideia de um corpo dotado de *agency*, não como um mero substrato passivo, matéria culturalmente informada e forjada pela sociedade, mas sujeito co-autor das relações com o contexto.

O conceito de incorporação traz, portanto, a ideia de uma relação dialógica e não mais

unívoca entre corpo e mundo. Esta inversão permite considerar o corpo como sujeito produtor de práticas e, paralelamente, redesenhar em si a ação de processos “distais” ou seja processos que não parecem diretamente ligados com a vida do sujeito.

Do mesmo modo, a utilização conjunta da antropologia médica crítica e da perspectiva bio-política permite trazer para o campo da medicina e da medicina das migrações as relações de poder como forças que forjam os corpos e as doenças a partir do momento que nos permitem analisar contemporaneamente o desejo do sujeito dentro dos desejos sociais. Em outras palavras, nós podemos perguntar: “qual é a sociedade que o corpo deseja e da qual tem necessidade?” e “ qual é o corpo que a sociedade deseja e a do qual tem necessidade?”⁴⁹ Qual é a sociedade que o migrante deseja? E qual é o migrante que a sociedade deseja?

Isto posto, em relação à doença é preciso incorporar de forma permanente a dimensão social dentro dos processos saúde/doença. No próprio campo médico a teoria sobre as desigualdades em saúde e os determinantes sociais⁵⁰ representam uma tentativa importante, embora limitada, para realizar essa incorporação. A própria International Organization for Migration (IOM) tem desenvolvido o próprio modelo de determinantes sociais da migração.⁶ Mas a abordagem biomédica continua representando um problema devido a sua visão extremamente

determinista. Torna-se então útil resgatar o conceito de sickness que vinha sendo desenvolvido na antropologia já no começo dos anos 80⁵¹ e que foi se consolidando ao longo dos anos 80 e 90, embora o conceito de sickness tente reproduzir uma certa separação entre os planos biológico (disease), das percepções e da cultura (illness) que concorrem em dar significado a doença e concorrem em produzir a existência da pessoa doente, na concepção das conexões com o contexto social, e o plano social em si (sickness). A sickness tem uma fundamental importância em dar um nome às dimensões sociais da doença, sejam elas as categorias socialmente definidas de doença, ou o poder que a sociedade exerce ao declarar um sujeito doente independentemente do sujeito concordar, ou o papel da sociedade em constituir fatores de risco que afetam a saúde de determinados sujeitos, ou os processos sociais que não protegem determinados sujeitos dos fatores de risco, ou finalmente a sociedade como causa de desigualdades através da exposição diferencial dos sujeitos aos fatores de risco ecológicos e sociais.^{14,51,52,53}

Metodologicamente a ponte entre essas dimensões é representado pela teoria eco-social que citamos anteriormente que Krieger expandiu ulteriormente até 2011⁵⁴ e que realmente ajuda a reconstituir os processos saúde-doença como o resultado das contínuas interações entre indivíduo, ambiente, história de vida e época histórica, reconstruindo a unidade entre indivíduo, comunidade e ambiente. Em relação à contribuição de Krieger,

mesmo não sendo produzida no campo específico da medicina das migrações, é de grande ajuda em construir a moldura conceitual e o quadro de análise. Nessa lógica a doença do migrante deve ser colocada dentro da história de vida dele e do grupo, ou dos grupos aos quais ele pertence, recuperando a perspectiva da história do indivíduo dentro da História do mundo. Ser migrante é pertencer a um grupo de seres humanos com maior risco de doença, mas ser migrante refugiado, refugiada mulher, refugiada mulher negra em um país pobre, são condições múltiplas que se inter relacionam reciprocamente e devem ser analisadas conjuntamente. Da mesma maneira Krieger nos lembra que no centro da cena há sempre o sujeito ao qual pertence uma “Suscetibilidade” própria assim como fatores de “resistência” específicos. Portanto não se pode escapar da co-construção de uma intervenção de saúde que não somente é única, mas tem que ser baseada no protagonismo do sujeito. Outro elemento importante que Krieger traz é o questionamento a respeito da capacidade do sujeito de colocar em ação a “agency” dele. Ou seja, existem condições nas quais o nível de privação material, cultural e social são tão grandes, que a “agency” do sujeito não pode ser realizada.⁴ Nesse caso sem uma intervenção externa (accountability) não é possível nenhum tipo de empoderamento.

Como bem relatado no trabalho de Fassin,⁵⁵ a violência estrutural operada por parte das políticas que regulam as entradas e a possibilidade de residir nos países de

acolhimento pode tornar a capacidade de resiliência do sujeito mínima. No encontro com o paciente irregular o profissional da área da saúde pode não ter como exercer accountability em relação ao paciente no momento que as burocracias podem ativamente impedir qualquer forma de empoderamento do paciente. Compreender esse aspecto é de grande importância porque nesse contexto a proteção e a promoção da saúde dos migrantes se tornam atos eminentemente políticos. Basta pensar no que tem acontecido no mediterrâneo em toda a segunda década dos anos 2000, onde especialmente a partir do fechamento dos portos italianos, o direito à vida dos seres humanos é subalterno às burocracias dos países de destino. Em 2018 consta que mais de 2000 pessoas teriam morrido na tentativa de cruzar o mediterrâneo.⁵⁶ Uma questão que Fassin tinha claramente previsto é que a vida dos migrantes se torna objeto de conflito político e a reivindicação dos direitos humanos dos migrantes um ato subversivo. Basta ver a criminalização das ONG's que atuavam no mediterrâneo salvando os migrantes das falhas do sistema de controle das fronteiras marítimas operados pela Comunidade Européia.⁵⁷ Essa criminalização não age somente através da dialética política, mas atua como verdadeiro processo judiciário através de incriminações formais.^{58,59} Para os profissionais da área da saúde então, se torna importante desenvolver ferramentas e metodologias específicas aptas a ler e entender os processos históricos e políticos nos quais os serviços de saúde são

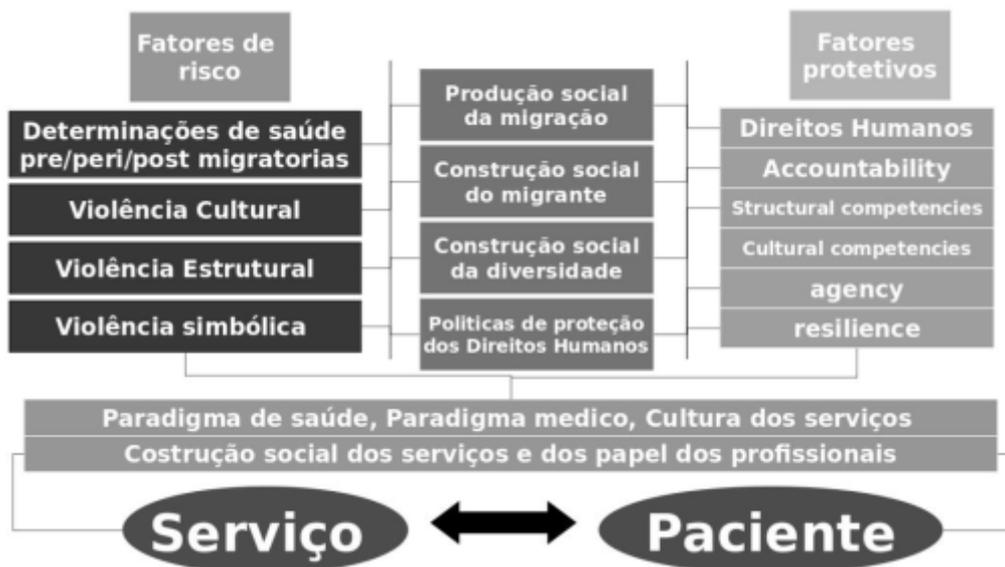
chamados a operar e colocar essas informações dentro do cotidiano de trabalho, na relação com os pacientes e com a comunidade. Nos últimos anos é em ato uma tentativa de incorporação das competências estruturais no processo de formação e no trabalho dos profissionais da área da saúde.^{60,61} Essas tentativas ainda reproduzem uma fragmentação entre cultura e sociedade e não contribuem na construção de um quadro unitário para a medicina da migração. Porém representam tentativas importantes de colocar dentro das práticas e da formação da área da saúde um olhar que reiteradamente vem sendo excluído ao longo do tempo no campo da saúde. Será provavelmente responsabilidade

de uma nova geração de profissionais e pesquisadores, já crescidos dentro de um campo de formação e trabalho transdisciplinar, produzir modelos e ferramentas menos setoriais e mais centrados no cotidiano de vida das pessoas e das comunidades.

Conclusões

A Figura 1 representa uma tentativa de resumir graficamente os pontos centrais até aqui apresentados a respeito da medicina das migrações. O que se quer ressaltar é que a saúde dos migrantes depende do resultado de interações entre fatores de risco e protetivos nos quais o campo da saúde está plenamente inserido.

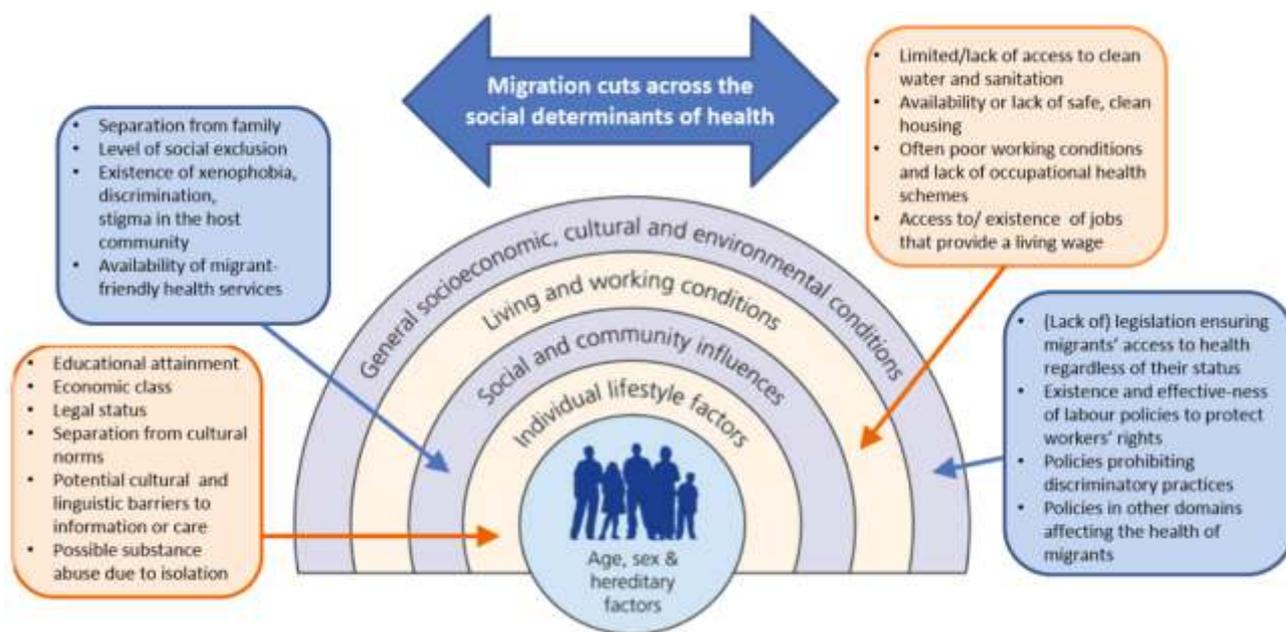
Figura 1. Fatores de risco e protetivos que influenciam a saúde dos migrantes.



Entre os fatores de risco devem estar as determinações sociais da saúde assim como ressaltado pela própria Organização

Internacional das Migrações e muito bem resumido na Figura 2 que é parte do site da IOM citado no texto.

Figura 2. Determinações sociais da saúde.



Fonte: IOM - International Organization for Migration

Mas como reiterado várias vezes ao longo do texto, os fatores de risco para a saúde dos migrantes fazem parte do campo cultural e simbólico. Então é necessário considerar conjuntamente os determinantes e as determinações sociais de saúde junto às violências estrutural, cultural e simbólica. Esses fatores colocam em disputa e impedem a afirmação e a proteção dos Direitos Humanos dos migrantes, reduzindo a accountability do sistema de saúde e consequentemente a resiliência de indivíduos e grupos, com efeitos mais negativos em termos de agency dos sujeitos mais vulneráveis. Por isso a construção social dos fatores determinantes da migração, que no gráfico 1 é chamada produção social da migração, a construção social e política da identidade do migrante, assim como a construção social da diversidade, são todos

fatores em disputa dentro da campo social e resultado do tensionamento contínuo entre fatores de risco e fatores protetivos, e que se materializam em políticas específicas de proteção dos direitos humanos. Dentro das políticas de proteção dos Direitos Humanos entram os serviços de saúde que são configurados a partir de um Paradigma Social da Saúde e de um Paradigma Médico. Entretanto os serviços de saúde podem indiferentemente afetar ou proteger a saúde dos migrantes. Por isso no campo da saúde é necessário desenvolver competências culturais e estruturais aptas a promover a reflexividade dos profissionais da área e a limitar escolhas e decisões não suficientemente fundamentadas.

Finalmente podemos observar como no encontro entre serviços e paciente migrante as categorias e

os processos mencionados estão sempre presentes. Em razão dessa complexidade, a medicina das migrações dificilmente pode ainda limitar-se à única função de “cuidado do corpo”. Pelo contrário, emerge muito claramente a

necessidade de uma abordagem transdisciplinar crítica e reflexiva com o intuito de atuar cada vez mais como interlocutor permanente dos serviços de saúde, das universidades, da sociedade e dos decisores políticos.

Referências

1. Brettell CB. Anthropology of migration. *The Encyclopedia of Global Human Migration*. 2013.
2. Hannerz U. The local and the global: continuity and change. Em *Transnational connections*. Routledge. 2002:27-39.
3. Janes CR, Corbett KK. Anthropology and global health. *Annual review of anthropology*. 21 de outubro de 2009;38:167-183.
4. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, et al. Culture and health. *The Lancet*. 01 de novembro de 2014;384(9954):1607-1639.
5. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Med*. 24 de maio de 2011;8(5):e1001034.
6. IOM [Internet]. Social Determinants of Migrant Health. Disponível em: <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>. (Última consulta: 19 de janeiro de 2019).
7. Bourdieu P. *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press. 1977.
8. Farmer P. An anthropology of structural violence. *Curr Anthropol*. 2004;45:305–325.
9. Vogt WA. Crossing Mexico: Structural violence and the commodification of undocumented Central American migrants. *American Ethnologist*. 6 de novembro de 2013;40(4):764-780.
10. World Health Organization. *International migration, health and human rights*. 2003.
11. Canguilhem G. *O normal e o patológico*, trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas 2. 1971.
12. Lin KM, Kleinman AM. Psychopathology and clinical course of schizophrenia: a cross-cultural perspective. *Schizophr Bull*. 1988;14(4):555-67.
13. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Univ of California Press. Agosto de 1981;(3).
14. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. Basic books, New York. 1988.
15. Devereux G, Gulati BM. *Basic problems of ethnopsychiatry*. Chicago: University of Chicago Press. 1980;155.8 D4.
16. Greene J, Basilico MT, Kim H, Farmer P. Colonial medicine and its legacies. In Farmer P. *Reimagining global health: An introduction*. University of California Press Foundation, Los Angeles. 2013:33-76.
17. Quaranta I. *Introduzione*. In A cura di Quaranta I. *Antropologia Medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina. 2006.
18. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 24 de outubro de 2006;3(10):e294.
19. Piller I. *Intercultural communication: a critical introduction*. Edinburgh: Edinburgh University Press. 2011.
20. Geertz C. Thick description: Toward an interpretive theory of culture. In: Oakes T, Price PL. *The Cultural Geography Reader*. Routledge. 3 de março de 2008:41-51.
21. Nathan T, Stengers I. *Doctors and Healers*. John Wiley & Sons. 2018.
22. Krieger N. Stormy weather: race, gene expression, and the science of health disparities. *American journal of public health*. Dezembro de 2005;95(12):2155-2160.
23. Silverstein PA. Immigrant racialization and the new savage slot: race, migration, and immigration in the new Europe. *Annu. Rev. Anthropol*. 21 de outubro de 2005;34:363-384.

24. Verkuyten M. *The social psychology of ethnic identity*. Routledge. 2018:46-70.
25. Nathan T. *L'influence qui guérit*. Paris: Odile Jacob. 1994.
26. Fassin D. Les politiques de l'ethnopsychiatrie. *La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues françaises*. *L'Homme*. Janeiro-Março 2000;(153): 231-250.
27. Lock M, Nguyen VK. *An anthropology of biomedicine*. John Wiley & Sons. 2018;(2 ed):1-9.
28. Quaranta I, Ricca M. *Malati fuori luogo: medicina interculturale*. Milano: R. Cortina. 2012.
29. High C. Agency and Anthropology: Selected Bibliography. *Ateliers d'anthropologie*. Revue éditée par le Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative 34. 2010.
30. Sayad A. *Imigração ou os Paradoxos da Alteridade*. A. Edusp. 1998.
31. Bhugra D, Becker MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World psychiatry*. Fevereiro de 2005;4(1):18-24.
32. Galtung J. Cultural violence. *Journal of peace research*. Agosto de 1990;27(3):291-305.
33. Scheper-Hughes N. Il sapere incorporato. In Borofsky R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*. Roma, Meltemi. 2000.
34. Borofsky R. Public Anthropology. *The International Encyclopedia of Anthropology*. 2004:1-10.
35. Farmer P. On suffering and structural violence: A view from below. *Daedalus*. Winter 1996;125(1):261-283.
36. Bourdieu P, Wacquant L. *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago und London: The University of Chicago Press. 1992.
37. Galtung J, Höivik T. Structural and direct violence: A note on operationalization. *Journal of Peace research*. 01 março 1971;8(1):73-76.
38. Farmer P. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press. 2003:42.
39. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International journal of epidemiology*. 01 de agosto de 2001;30(4):668-677.
40. Davies AA., Basten A, Frattini C. Migration: a social determinant of the health of migrants. *Eurohealth*. 2009;16(1):10-12.
41. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. 2012:149-164.
42. Mauss M. *Techniques of the Body*. *Economy and society*. 1973;2(1):70-88.
43. Connell C, Mears A. Bourdieu and the Body. *The Oxford Handbook of Pierre Bourdieu*.
44. Wikipédia [Internet]. Heurística. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Heur%C3%ADstica>. (Última consulta: 19 de janeiro de 2019).
45. Foucault M. *Vigiar e punir*. Leya. 2014.
46. Foucault M. *The will to knowledge: The history of sexuality vol I*. 1998.
47. Scheper-Hughes N, Wacquant L, eds. *Commodifying bodies*. Sage Publications. 2002;7:2-3.
48. Csordas TJ. Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*. Outubro de 2009;18(1):5-47.
49. Scheper-Hughes N. Embodied knowledge: thinking with the body in critical medical anthropology. *Assessing cultural anthropology*. 1994;229:229-242.
50. World Health Organization. *Closing the gap in a generation*. Geneva: WHO. 2008.
51. Young A. The anthropologies of illness and sickness. *Annual review of anthropology*. Outubro de 1982;11(1):257-285.
52. Taussig M T. *Reification and the consciousness of the patient*. 1980.
53. Kleinman A, Kleinman J. Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, medicine and psychiatry*. Setembro de 1991;15(3):275-275.
54. Krieger N. *Epidemiology and the people's health: theory and context*. Oxford University Press. 2011.
55. Fassin D. The biopolitics of otherness: undocumented foreigners and racial discrimination in French public debate. *Anthropology today*. Fevereiro de 2001;17(1):3-7.
56. Redazione Ansa [Internet]. *Migranti: Mediterraneo, 2.133 morti 2018*. Ansa.it, 04 de dezembro de 2018. Disponível em: http://www.ansa.it/sito/notizie/mondo/europa/2018/12/04/migranti-mediterraneo-2.133-morti-2018_25dd2441-2039-497c-88fb-a9695b3bfa35.html. (Última consulta: 19 de janeiro de 2019).

57. Camilli A. Perché le ong che salvano vite nel Mediterraneo sono sotto attacco. *Internazionale*, 22 de abril de 2017. Disponível em: <https://www.internazionale.it/notizie/annalisa-camilli/2017/04/22/ong-criminalizzazione-mediterraneo>. (Última consulta: 19 de janeiro de 2019).

58. Ziniti A. Inchiesta Ong, 20 nuovi avvisi di garanzia per la Juventa, Msf e Save the children. Procura: "Non fini illeciti, solo scopi umanitari". *La Repubblica*, 10 de julho de 2018. Disponível em: https://www.repubblica.it/cronaca/2018/07/10/news/juventa_venti_nuovi_avvisi_di_garanzia_ad_un_anno_dal_sequestro_della_nave_della_ong_tedesca-201408731/. (Última consulta: 19 de janeiro de 2019).

59. Ziniti A. Sequestrata Nave Aquarius di Msf: "Smaltivano scarti e vestiti infetti dei migranti come rifiuti normali". Dodici indagati. *La Repubblica*, 20 de novembro de 2018. Disponível em: https://www.repubblica.it/cronaca/2018/11/20/news/nave_aquarius_sequestrata_per_un_inchiesta_sulla_gestione_dei_rifiuti_indagata_msf-212106685/. (Última consulta: 19 de janeiro de 2019).

60. Metzl JM, Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*. Fevereiro de 2014;(103):126-133.

61. Petty J, Metzl JM, Keays MR. Developing and Evaluating an Innovative Structural Competency Curriculum for Pre-Health Students. *J Med Humanit*. Dezembro de 2017;38(4):459-471. <https://doi.org/10.1007/s10912-017-9449-1>

Submissão: 29/12/2018

Aceite: 30/06/2019