

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO E JUSTIÇA SOCIAL**

EDUARDO DE OLIVEIRA SOARES REAL

**O ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO MIGRANTE:
uma questão de Direitos Humanos e de Justiça Social**

Rio Grande

2018

EDUARDO DE OLIVEIRA SOARES REAL

**O ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO MIGRANTE:
uma questão de Direitos Humanos e de Justiça Social**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito e Justiça Social, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Claudia Crespo Brauner.

Rio Grande

2018

Aos meus pais por todo apoio e incentivo

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Maria Claudia Crespo Brauner por toda orientação e supervisão deste trabalho, aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Direito e Justiça Social e à FURG por ofertar o Programa de Pós-Graduação em Direito e Justiça Social.

RESUMO

REAL, Eduardo de Oliveira Soares. **O acesso ao Sistema Único de Saúde pela população migrante**: uma questão de Direitos Humanos e Justiça Social. 2018. 120p. Dissertação (Mestrado em Direito e Justiça Social) – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A saúde no Brasil, desde a Constituição Federal de 1988 é considerada como direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido entende-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) não pode fazer nenhum tipo de discriminação em relação ao acesso à saúde, incluindo-se a nacionalidade. O objetivo principal do presente estudo consiste em conhecer como se dá o acesso à saúde no Brasil pelos migrantes. Para atingir tal objetivo utiliza-se da pesquisa qualitativa, para a qual adotamos o método dedutivo e exploratório de revisão bibliográfica e documental em fontes diversas e multidisciplinares. Faz-se inicialmente uma breve retrospectiva do surgimento do Sistema Único de Saúde, aborda-se o fundamento constitucional da saúde, como um direito de todos, a Lei do SUS e os seus princípios. Analisa-se o Programa Mais Médicos, bem como o fenômeno da judicialização da saúde e os efeitos para o SUS, além disso e ainda as possíveis consequências decorrentes da Emenda Constitucional nº 95. Apresenta-se o amparo dado aos migrantes pelos tratados de direitos humanos e pelas Convenções da Organização Internacional do Trabalho. Analisa-se a situação do migrante no Brasil atualmente, as mudanças que a Lei de Migração e o seu Regulamento bem como a existência de políticas públicas que atendem essa população. Defende-se a equiparação constitucional entre brasileiros e migrantes, mostrando-se a opinião dos últimos sobre o acolhimento no SUS. Procura-se destacar a importância da relação entre a bioética e a justiça social no reconhecimento do direito à saúde acessível a todos. Por fim, demonstra-se como os migrantes são acolhidos pelo e como eles são tratados em outros sistemas. Em conclusão constatou-se que os migrantes dispõem de acesso ao SUS, apesar de enfrentarem dificuldades de comunicação e xenofobia. Assim, o Brasil mesmo apresentando problemas no seu sistema público de saúde, pode ser considerado um sistema acolhedor e que respeita os Direitos Humanos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Direito à saúde; Direitos humanos e imigração; Lei de Migração.

ABSTRACT

Health in Brazil, since the Federal Constitution of 1988, is considered the right of everyone and the duty of the State. In this sense, it is understood that the Unified Health System (SUS) cannot make any discrimination regarding access to health, including nationality. The primary objective of the present study is to know how migrants have access to the health care system in Brazil. To achieve this goal, we use qualitative research, for which we adopt the deductive and exploratory method of bibliographical and documentary review in diverse and multidisciplinary sources. A brief history of the origins of the Unified Health System is presented, and the constitutional foundation of health as a right of everyone is addressed, as well as the SUS Law and its principles. The More Doctors Program, the phenomenon of health judicialization and its effects on the SUS, and the possible consequences of Constitutional Amendment No. 95 are analyzed. The support that is given to the migrants by the human rights treaties and the International Labor Organization Conventions is studied. It also analyzes the situation of the migrant in Brazil today, the changes in the Migration Law and its Regulation as well as the existence of public policies that serve this population. It is defended the constitutional equality between Brazilians and migrants, showing the opinion of the last ones about their reception in the SUS. It seeks to highlight the importance of the relationship between bioethics and social justice to the recognition of the right to health access to everyone. Finally, it shows how migrants are treated in the health care systems of other countries. In conclusion, it was verified that the migrants have access to the SUS, despite facing difficulties of communication and xenophobia. Thus, Brazil, even presenting problems in its public health system, can be considered as having a welcoming health care system that respects Human Rights.

Keywords: Unified Health System; the right to health; Human Rights and migration; Migration Law.

Lista de Figuras

Figura 1 - Ranking de países de origem dos imigrantes que chegaram ao país em 2015, segundo registro da PF

Figura 2 – Ato anti-imigração na avenida Paulista em maio de 2017

Figura 3 – Número de solicitações de refúgio (2010-2017)

Figura 4 – Nacionalidades com mais solicitações de refúgio feitas

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACNUR – Alto-Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADIn – Ação Direta de Inconstitucionalidade
AF – Assistência Farmacêutica
AMBR – Associação Médica Brasileira
ANM – Autoridade Nacional Migratória
APS – Atenção Primária à Saúde
ASA – Ação Social Arquidiocesana
CAMI – Centro de Apoio ao Migrante
CDH – Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa
CDHIC - Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Migrante
CF – Constituição Federal
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNIg – Conselho Nacional de Imigração
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
CNTU - Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados
CONARE – Comitê Nacional para Refugiados
CRAI-SC – Centro de Referência e Atendimento ao Imigrante de Santa Catarina
CTA – Centro Temporário de Acolhimento
EC – Emenda Constitucional
ESF- Estratégia de Saúde da Família
FAB – Força Aérea Brasileira
FENAPEF – Federação Nacional dos Policiais Federais
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPCA – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LC – Lei Complementar
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul
MSF – Médico Sem Fronteiras
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NRF – Novo Regime Fiscal
OIM – Organização Internacional para as Migrações
OIT – Organização Internacional do Trabalho
ONG – Organização Não-Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPEP – Organização de Países Exportadores de Petróleo
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PEC – Proposta de Emenda à Constituição
PGR – Procuradoria Geral da República
PIB – Produto Interno Bruto
PL – Projeto de Lei
PMM – Programa Mais Médicos
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNH – Política Nacional de Humanização
PPI – Programação Pactuada Integrada
PPI/AB - Programação Pactuada Integrada na Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção Básica
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos
SAMS – Sistema de Assistência Médica Suplementar
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SJMR – Serviço Jesuíta para Migrantes e Refugiados
SNIS – Sistema Nacional Integrado de Salud
STF – Supremo Tribunal Federal
SUDS - Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UE – União Europeia
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 – ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA CF/88: REALIDADES E DESAFIOS	13
1.1 O Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988 e Legislação Infraconstitucional.....	13
1.2 Princípios estruturadores do Sistema Único de Saúde – SUS.....	24
1.3 Programa Mais Médicos.....	29
1.4 Fenômeno da Judicialização da saúde.....	33
1.5 Emenda Constitucional nº 95/2016 e outras propostas legislativas para o SUS..	38
CAPÍTULO 2 - A PROTEÇÃO AOS MIGRANTES A PARTIR DOS DIREITOS HUMANOS: FLUXO MIGRATÓRIO E POLÍTICAS PÚBLICAS	45
2.1 Os Direitos Humanos dos Migrantes.....	46
2.2 Realidade atual da imigração no País.....	51
2.3 A nova Lei Migratória no Brasil.....	56
2.4 Políticas Públicas para migrantes.....	66
CAPÍTULO 3 – PERSPECTIVAS DE ACESSO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO MIGRANTE: PROMOVENDO OS DIREITOS HUMANOS E A JUSTIÇA SOCIAL	74
3.1 Equiparação constitucional entre brasileiros e estrangeiros residentes.....	74
3.2 Serviços de saúde para nacionais e para migrantes.....	80
3.3 O futuro do SUS: uma questão de Bioética e de Justiça Social.....	84
3.4 Possibilidades de acolhimento do migrante no sistema de saúde.....	92
3.5 Atendimento à saúde do migrante em outras legislações.....	95
CONCLUSÃO	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104

INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil, desde a Constituição Federal de 1988 é considerada como direito de todos e dever do Estado. Desta forma, entende-se que o Sistema Único de Saúde não pode fazer nenhum tipo de discriminação em relação ao acesso à saúde, incluindo-se a nacionalidade. O presente trabalho possui como objetivo geral analisar como se dá o acesso à saúde no Brasil pelos migrantes.

Atualmente, o Brasil está vivendo um período de redução de investimento que impacta diretamente os direitos sociais. Tal situação chamou muita atenção quando o governo promulgou a Emenda Constitucional nº 95, que congelou as despesas primárias. Outra questão que ganha grande repercussão é a vinda de migrantes ao Brasil, tendo como destaque os venezuelanos.

Procura-se entender diante do atual momento político, social e econômico em que se vive, como está se dando o acesso ao Sistema Único de Saúde pela população migrante. O interesse pelo tema, o fenômeno das migrações, constitui minha preocupação desde o período em que se estava na Graduação em Direito. Desenvolveu-se, nesse projeto, a problemática relativa ao acesso ao Sistema Único de Saúde pelos migrantes.

É importante ressaltar, que os imigrantes que são objeto do presente trabalho são aqueles em que se encontram em situações de vulnerabilidade e hipossuficiência e que têm os seus direitos humanos violados. Desta forma, busca-se demonstrar a importância de conceder atenção especial a estes migrantes.

O presente estudo foi construído através de pesquisa qualitativa, para a qual adotamos o método dedutivo e exploratório de revisão bibliográfica e documental em fontes diversas e multidisciplinares, com ênfase nas áreas do direito, da bioética, das ciências sociais, buscando atender aos objetivos traçados, apresentando conceitos e particularidades presentes na temática da saúde pública, da migração, dos direitos humanos e fundamentais e da bioética.

Os principais referenciais teóricos foram: Tatiana Chang Waldman (2011) que buscou reconhecer a possível existência de impedimentos ao acesso aos serviços de saúde por parte das imigrantes bolivianas residentes que vivem em São Paulo. A hipótese da autora era a de que, ainda que a universalidade do acesso à saúde seja

garantida a todos pela legislação pátria, as imigrantes possuíam restrições em relação à utilização destes serviços; Ana Cristina Braga Martes e Sarah Martins Faleiros (2013) que desenvolveram uma pesquisa sobre o acesso à saúde dos bolivianos em São Paulo, fazendo uma comparação com o sistema boliviano; Nivaldo Carneiro Júnior, Cássio Silveira, Lia Maria Brito da Silva e Maria Aparecida Shikanai Yasuda (2018) que realizaram um estudo acerca da atuação e os limites dos profissionais da saúde no atendimento aos bolivianos ao SUS, com ênfase na doença de Chagas através de entrevistas aplicadas nos serviços primário, secundário e terciário no centro da cidade de São Paulo, principal destino dos imigrantes bolivianos; e por fim Daniel Granada, Ioná Carreno, Natália Ramos e Maria da Conceição Pereira Ramos (2017) versam no seu artigo as relações entre imigração e saúde no Brasil.

O primeiro capítulo desta dissertação trata da assistência à saúde no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988. É realizada uma breve retrospectiva de como funcionava a assistência à saúde antes da Constituição Federal de 1988. Aborda-se o fundamento constitucional da saúde como um direito de todos e dever do Estado e a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS). Também são analisados os princípios do Sistema Único de Saúde, o Programa Mais Médicos (PMM), a relação do SUS com o fenômeno da judicialização da saúde e a Emenda Constitucional nº 95/2017, que trata do congelamento do teto das despesas primárias e do piso da educação e da saúde e como isto pode influenciar o futuro do SUS, além disso são abordados projetos de lei e propostas de emenda à Constituição que podem mudar o futuro do SUS.

O segundo capítulo da dissertação trata da proteção dada aos imigrantes através dos direitos humanos e das políticas públicas. Inicialmente, aborda-se a proteção dada aos imigrantes através dos tratados de direitos humanos e das convenções da Organização Internacional do Trabalho que tratam dos direitos dos trabalhadores migrantes. Após isto, estuda-se a realidade da população migrante que vive no Brasil, a Nova Lei de Migração instituída pela Lei 13.445/2017 e o seu Regulamento, sendo realizada uma comparação entre estas duas legislações, e por fim faz-se uma análise acerca da existência de políticas públicas destinadas especificamente para as populações migrantes.

O terceiro capítulo da dissertação trata das perspectivas do acesso à saúde pela população migrante. Primeiramente, apresenta-se a equiparação constitucional entre brasileiros e migrantes e sua importância para o SUS. Após, são abordadas as visões que os migrantes de diferentes nacionalidades têm em relação ao SUS, a

importância da bioética e da justiça social para o acesso à saúde, como o SUS acolhe os migrantes, e último de como isto acontece em sistemas de saúde estrangeiros.

Por fim, nas conclusões, demonstra-se se os imigrantes: conseguem ter acesso ao Sistema Único de Saúde total ou parcialmente ou se apesar da saúde ser considerada universal, isto não ocorre na prática, e quais são as possibilidades e fundamentos a ser utilizados para responder ao problema.

CAPÍTULO 1 – ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA CF/88: REALIDADES E DESAFIOS

O presente capítulo aborda a assistência à saúde no Brasil a partir da Constituição de 1988. Inicialmente será apresentado o Sistema Único de Saúde, como resultado de um movimento intitulado Reforma Sanitária, que era composto por profissionais da saúde que tinham como objetivo o reconhecimento da saúde como direito de todos. A Reforma Sanitária tinha como ideal conceder serviços de saúde de modo integral e igualitário a qualquer pessoa.

Será tratada nesta primeira parte a previsão constitucional do direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado. Para atender esta previsão, a Constituição afirmou que deveria ser criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

A segunda parte do capítulo trata dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde, serão abordadas jurisprudências do Supremo Tribunal Federal (STF) acerca dos princípios, além de programas criados pelo Ministério da Saúde, com base nos princípios do SUS.

A terceira parte analisa o Programa Mais Médicos. A quarta parte trata da questão da judicialização da saúde, demonstrando seus pontos positivos e negativos.

Já o quinto item, apresenta como a atual legislação sobre a saúde e como ela irá afetar o futuro do SUS. Neste tópico, será tratado principalmente a Emenda Constitucional nº 95/2016 que congela o piso da saúde durante dezenove anos, sendo corrigido apenas pela inflação. Além dela, são abordados outros projetos como o que trata do fim da incidência de impostos sobre medicamentos e o que concede preferência as situações de urgências médicas, com o objetivo de reduzir a judicialização da saúde.

1.1 O Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988 e Legislação Infraconstitucional

O Sistema Único de Saúde é resultado de uma longa trajetória de construção política e institucional denominada Reforma Sanitária, que tinha como objetivo transformar as condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira. Este movimento surgiu na década de 1970, quando o país ainda vivia a Ditadura Militar (SILVA, 2008, p.20).

Durante os anos 1970, consolidou-se no Brasil um modelo de assistência à saúde fundado em ações individuais médico-hospitalares, que priorizava a contratação do setor privado, através da assistência médica e previdenciária e no desinteresse com as ações de saúde pública, sendo um modelo privatista e excludente (GIOVANELA; FLEURY, 1996, p.179).

Nos anos 1980 a grave crise econômica e o processo de democratização do país possibilitaram o debate dos problemas enfrentados pelo sistema de saúde, realizando-se grandes mudanças neste cenário (GALLO; GIOVANELA; TAVARES, 1992 apud GIOVANELA; FLEURY, 1996, p.180).

Em 1987, o Decreto nº 94.657/87 instituiu o programa dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde (SUDS), que foi a primeira tentativa concreta de uma reforma setorial profunda, como política efetiva de governo (BRASIL, 1989).

Em 1988, foi promulgada a atual Constituição Federal que mudou radicalmente o sistema de saúde brasileiro. Segundo ela, a saúde é direito de todos e um dever do Estado que deve ser assegurado mediante políticas sociais e econômicas, com o objetivo de reduzir o risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (art.196 CF/88).

O art.197 da Constituição Federal afirma que, são de relevância pública as ações e serviços de saúde cabendo ao Poder Público, nos termos da lei, regulamentar, fiscalizar e controlar, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O art.198 da Constituição Federal dispõe que, as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada formando um sistema único, organizado com base nas seguintes diretrizes: descentralização com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade.

O direito à saúde compartilha, no nosso ordenamento jurídico-constitucional, do conceito formal e material que possuem os direitos e garantias fundamentais via de regra, principalmente em razão do regime jurídico privilegiado que lhes concedeu a Constituição de 1988 (SARLET, 2001).

O argumento em sentido material está vinculado à importância do bem jurídico protegido pela Constituição Federal, que se evidencia pela dimensão da saúde como propósito à manutenção da vida – e vida com dignidade, isto é, vida

sadia e com determinada qualidade –, do mesmo modo para assegurar os requisitos indispensáveis à utilização dos direitos restantes, fundamentais ou não, até mesmo no ponto de vista da possibilidade do livre desenvolvimento do indivíduo e de seu ego (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

Já o argumento formal é consequência do direito constitucional positivo e, pelo menos na Constituição do Brasil, divide-se em três elementos: a) como parte componente da Constituição escrita, os direitos fundamentais (e, logo, também o direito à saúde), estão no topo de todo o ordenamento jurídico, tratando-se, pois, de normas de superior hierarquia valorativa; b) na situação de normas fundamentais contidas na Constituição escrita, encontram-se submetidos aos limites formais (processo acentuado para alteração dos princípios constitucionais) e materiais (“cláusulas pétreas”) da reforma constitucional, embora tal requisito ainda encontre objeção por parte da doutrina; c) por fim, conforme prevê o § 1º do artigo 5º da CF, as normas que estabelecem direitos e garantias fundamentais são imediatamente aplicáveis, ligando de maneira direta as entidades estatais e os particulares – ordem que atinge outros dispositivos de tutela da saúde, pela efetivação da cláusula inclusiva presente no § 2º do mesmo artigo 5º da CF (SARLET; FIGUEIREDO, 2008).

Além disso, a saúde foi incluída no rol de direitos sociais previstos no art.6º da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Competente pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, institui-se o Sistema Único de Saúde (SUS) (GIOVANELA; FLEURY, 1996, p.182).

Com o objetivo de regulamentar os dispositivos constitucionais foi promulgada a Lei nº 8080/90 que: “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, 1990).

Segundo Marcia Andrea Bühring (2016, p.179) garantir o direito à saúde é uma tarefa árdua, porque a lei associa a saúde a outros direitos sociais, cujos níveis determinam a organização social econômica do país.

O art.4º caput da Lei nº 8080/90 traz o conceito do SUS, como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990a).

O item 9 da Exposição de Motivos da Lei ° 8080/90 prevê que o SUS é proposto como um sistema a um tempo único e descentralizado, com ênfase para uma organização concebida a partir da unicidade de direção em cada esfera de governo e da municipalização das ações e serviços (BRASIL, 1989).

Compete, ao governo federal, a formulação de políticas de saúde aptas a reduzir os desequilíbrios entre segmentos populacionais e entre regiões do País, tanto no que diz respeito ao seu perfil sócio-epidemiológico, quanto ao acesso universal e igualitário aos serviços (BRASIL, 1989).

Cabe aos Estados a elaboração da política de saúde para a respectiva jurisdição administrativa, de acordo com as indicações estabelecidas no âmbito da União. Além disto, o Estado-membro exerce, em articulação com o governo federal, a implementação da municipalização dos serviços de saúde, além de responsabilizar-se pela gestão dos sistemas de referência regional e de alta complexidade (BRASIL, 1989).

O Município representa uma instância integradora de todo o sistema de saúde, exercendo as funções de organização, gestão, execução e fiscalização das ações e serviços que são postos à disposição da comunidade (BRASIL, 1989).

Outro documento importante é a Lei nº 8142/90 que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos na área financeira e que dá outras providências (BRASIL, 1990b).

Na medida em que tais ações eram realizadas, foi sendo planejado um Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS), a partir do qual a assistência suplementar se expunha como opção para os problemas da atenção à saúde que ocorriam no SUS, chegando a divulgar uma cobertura de 31 milhões de brasileiros no ano de 1989 (MENDES, 1993).

A integralidade é um princípio, e concomitantemente, uma diretriz para a organização do Sistema Único de Saúde, conforme prevê a Constituição Federal. Este conceito, segundo Arouca (1975), deriva do conceito de medicina integral.

A medicina integral é aquela capaz de estruturar cinco níveis de prevenção (promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação) acerca do procedimento saúde-doença (PAIM, 2004).

O movimento sanitário brasileiro criticou fortemente a medicina preventiva, visto que nesta o Estado seria responsável apenas pela promoção e prevenção da saúde, o restante das ações seriam responsabilidades da iniciativa privada (PAIM, 2004).

Sob o ponto de vista do planejamento e da gestão, o desenvolvimento da Programação Pactuada Integrada na Atenção Básica (PPI/AB) tem permitido, desde 2001, a estruturação e aprimoramento de um mecanismo capaz de contribuir com a efetivação do princípio da integralidade (PAIM, 2004).

Nesse sentido, tem-se buscado ultrapassar a lógica da programação fundada em série histórica e, usando o diagrama da vigilância da saúde (PAIM, 2003a) com a finalidade de avaliar a PPI/AB nos anos de 2001 e 2002 existem evidências que indicam um crescimento de ações e atividades enquadradas como “controle de causas” em relação às relativas ao “controle de riscos” e “controle de danos” (SAMPAIO, 2002).

A partir desta pesquisa, pode-se pensar em um caminho aberto para a operacionalização da diretriz da integralidade considerando-se duas das premissas anteriormente referidas: a prioridade das ações de promoção e prevenção e a associação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (GIOVANELA; LOBATO; CARVALHO; CONIL; CUNHA, 2002).

Para atender os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS foram criados modelos de atenção.

Modelos de atenção, modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde podem ser conceituados como associações tecnológicas organizadas em virtude dos problemas de saúde (danos e riscos) que integram o perfil epidemiológico de uma dada população e que demonstram necessidades sociais de saúde historicamente delimitadas (PAIM, 2003b).

No decorrer da 11ª Conferência Nacional de Saúde foram debatidos o alcance dos modelos de atenção à saúde vigentes no Brasil e determinadas práticas com a finalidade de efetivar os princípios e diretrizes do SUS com ênfase para os seguintes projetos alternativos: ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis e promoção da saúde (TEIXEIRA, 2002).

No dia 21 de setembro de 2017, foi promulgada a Portaria nº 2436/2017 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o seu preâmbulo, ela foi elaborada considerando as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes previstas na Lei 8080/90.

O art.2º caput da Portaria nº 2436/2017 conceitua Atenção Básica como:

(...)o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a, p.68).

O art.3º da mesma portaria prevê os princípios e diretrizes do SUS¹ a serem operacionalizados na Atenção Básica. Os princípios previstos são: a universalidade, a equidade e a integralidade. As diretrizes são: a regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e a participação da comunidade.

O art.4º prevê que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) têm na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2017a).

O art.5º dispõe que a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é requisito fundamental para que se atinja os resultados que respeitem às necessidades de saúde da população, sob a visão da integralidade da atenção à saúde e tem como objetivo instituir processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, sob o ponto de vista da intra e intersectorialidade (BRASIL, 2017a).

O art.6º caput afirma que, todos os estabelecimentos de saúde que fornecem ações e serviços de Atenção Básica, na esfera do SUS, segundo esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde (UBS). O parágrafo único deste mesmo dispositivo prevê que todas as UBS são entendidas como possíveis espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017a).

O art.7º prevê responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, para que se possa efetivar a Política Nacional de Atenção Básica.

O anexo da Portaria nº 2436/2017 prevê os tipos de unidade e equipamentos de Saúde e os seus requisitos². Conforme o anexo da portaria uma UBS deverá conter:

¹ Os princípios e diretrizes do SUS serão explicados no tópico 1.2

² Apesar do anexo da Portaria nº2436/2017 prever outros tipos de unidade, escolheu-se tratar apenas das UBS.

(...) consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipe odontológico;
 a. área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade. (BRASIL, 2017a, p.70).

A portaria recomenda que as UBS tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, proporcionando acesso facilitado à população. Contudo, afirma que, horários alternativos de funcionamento podem ser negociados através das instâncias de participação social, contanto que satisfaçam expressamente a necessidade da população, considerando, sempre que possível, a carga horária mínima recomendada.

O anexo da portaria prevê que as ações e serviços da Atenção Básica devem respeitar padrões essenciais e padrões ampliados:

Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e - Padrões Ampliados - ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2017a, p.70).

A maior intervenção feita no Brasil planejando a modificação do modelo de atenção dominante, talvez possa ser atribuída à reorganização da atenção básica, particularmente através do Programa Saúde da Família, associado à vigilância da saúde (PAIM, 2004).

O entendimento das múltiplas dimensões do projeto de vigilância da saúde, tem sido tratado em três níveis: a) os determinantes do processo saúde-doença; b) os riscos; c) os danos à saúde (PAIM; TEIXEIRA, 1992).

No caso dos determinantes, são enfatizadas as propostas do movimento da promoção da saúde segundo a Carta de Ottawa (CZERESNIA; FREITAS, 2003). No tocante à prevenção dos riscos de adoecimento, realça-se a procura de novas conexões entre os programas de saúde e os setores vinculados à vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental.

Enfim, no que se atribuí à assistência propriamente dita, evidencia-se a ligação das equipes de saúde às pessoas estabelecidas no território e a continuidade da

atenção. Dessa maneira, o PSF e as competências das suas equipes “guardam grande coerência e sintonia com os princípios da vigilância da saúde”, cujo entendimento teria de superar a atenção básica e “disseminar-se por todos os serviços, desde as unidades básicas até as unidades hospitalares” (CAMPOS, 2003).

Os pontos pertinentes ao acesso e à qualidade das ações e dos serviços de saúde demonstram o alcance dos modelos de atenção, que vigoram no sistema de saúde brasileiro. Mesmo que guardem íntimas relações com as questões referentes à infraestrutura, ao financiamento, à organização e à gestão, mostram toda a crueza do sistema de desatenção hegemônico (PAIM, 2004).

Deste modo, o acesso e a qualidade das ações e serviços são vinculados pela divisão desigual da infraestrutura do sistema de serviços de saúde e pelos demais componentes que fazem parte de um modelo de serviços de saúde de desatenção (PAIM, 2004).

Este sistema de desatenção tem a sua expressão fenomênica em uma sucessão de desleixos e de desrespeito ao direito à saúde: filas vexatórias para a assistência médica a partir da madrugada ou da data anterior; desrespeito nos balcões dos Sames de hospitais e unidades de saúde; indelicadeza de seguranças, recepcionistas, auxiliares e profissionais de saúde diante de pessoas fragilizadas pelas doenças; corredores superlotados de macas nos serviços de pronto-socorro; concorrência por fichas para exames complementares muitas vezes dispensáveis; longas demoras em assentos incômodos para efetuação de uma consulta ou exame; “via crucis” do paciente entre diversas unidades de saúde, médicos e especialistas; “cortejo fúnebre” de vans e ambulâncias em frente aos hospitais públicos para mudança de enfermos e parentes de outras cidades; pagamento por consulta e exames em clínicas particulares de periferias por preços “módicos” ou “por fora” nos serviços do SUS; mercantilização da patologia e do martírio por planos de saúde e prestadores privados; segregação dos usuários do SUS em clínicas e laboratórios pactuados ou hospitais universitários e filantrópicos por meio de “dupla entrada” e do confinamento em acomodações de segunda categoria (PAIM, 2004).

As reformas setoriais empregadas na América Latina e no Caribe durante a década de noventa (PEGO; ALMEIDA, 2002; HERNANDEZ, 2002; LABRA, 2002; BELMARTINO, 2002; MITJAVILA et al., 2002), sob a chancela e direção de organismos internacionais como o Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento, ligadas aos pacotes de ajuste macroeconômico, demonstram

alguns elementos comuns: alteração de normas de financiamento, participação de agentes públicos e privados, contudo com maior influência dos últimos, e divisão das funções de financiamento, provisão e regulação (ALMEIDA, 2002).

No Brasil, contudo, a agenda de mudanças desses organismos internacionais deparou com certa resistência ou oposição aberta, pois se opunha ao caráter universal das políticas de saúde planejadas pelo movimento da Reforma Sanitária a datar da década de setenta, além de ameaçar os dispositivos constitucionais e a legislação sanitária. Porém, várias das pesquisas desses organismos internacionais voltadas para a descentralização e focalização das ações de saúde e para o fracionamento do sistema de serviços de saúde se depararam com certos espaços de viabilidade, implicando a introdução controversa do SUS (PAIM, 2002).

O SUS é designado a toda a população e reflete à única expectativa de atenção à saúde para mais de 140 milhões de brasileiros com baixa renda, empregos precários ou desempregados.

A atenção à saúde, como manifestação do cuidado às pessoas, individualmente e coletivamente, padece com as influências dessas conveniências de organização, gestão e financiamento, afora a disponibilidade da infraestrutura de recursos. Esses recursos demonstram uma distribuição desproporcional entre camadas sociais e entre regiões, estados e municípios, áreas urbanas e rurais e, nas cidades, entre periferia e centro (PAIM, 2004).

Por isso a necessidade da equidade concretizar-se, numa sociedade excessivamente desproporcional como a brasileira, é outra grande provocação da atenção à saúde e do Sistema Único de Saúde.

Vários projetos têm buscado diminuir a desigualdade na distribuição de recursos do próprio SUS, seja ajustando parâmetros técnicos da alocação para uma “Municipalização Solidária” (LIMA, J. de C, AZOURY, E.B; BASTOS, L.H.de C.V.; COUTINHO, M. de M.; PEREIRA, N. do N.; FERREIRA, S.C. da C, 2002), seja favorecendo o desenvolvimento de metodologias para o estudo das desigualdades em saúde (SZWARCOWALD, C.L.; BATOS, F.I.; ANDRADE, C.L.T. de, 2002) e a promoção de pesquisas em política e economia da saúde (JUNQUEIRA, V.; PESSOTO, U.C.; KAYANO, J.; NASCIMENTO, P.R.; CASTRO, I.E. do N.; ROCHA, J.L. da; TERENCE, M.F.; BOARETTO, R.C.; IBANHES, L.C.; CORTIZO, C.T.; HEIMANN, L.S, 2002; PORTO, 2002) que ajudam na definição de políticas de saúde voltadas para a equidade.

Outros temem “que as fórmulas adotadas se tornem complexas e de difícil compreensão, podendo não trazer ganhos reais no âmbito da equidade” (CAZELLI, C.M; BRITO, J. da S.; Sá, P.K. de; ORMELLI, C.B, 2002). No entanto algumas demonstrações indicam para uma contida diminuição das desigualdades na disposição de recursos do SUS (ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELA, L.; MATTOS, M, 2002; NEGRI, 2002; BRASIL, 2002), ainda é preciso uma redistribuição geográfica de verbas em favor da região Norte e Nordeste (PORTO, 2002).

Ante os problemas aglomerados na infraestrutura, financiamento, organização e gestão do sistema de saúde brasileiro, os pontos relativos à qualidade da atenção à saúde foram, de certa maneira, deixados de lado como política de governo (PAIM, 2004).

Esforços difundidos podem ser reconhecidos em propostas de humanização da atenção, em práticas de acolhimento e na descoberta de novos modelos de atenção, seja para o aperfeiçoamento do acesso e da qualidade das ações e serviços, seja para atingir a integralidade e a equidade na atenção (BRASIL, 2002).

Uma das principais propostas de humanização na saúde é a Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS. Esta política tem como objetivo desde 2003 efetivar os princípios do SUS na rotina das técnicas de atenção e gestão, melhorando a saúde pública no Brasil e motivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve estar presente e introduzida em todas as políticas e programas do SUS (BRASIL, 2017b).

A Política Nacional de Humanização rege-se pelas seguintes diretrizes: o acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalho e do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2017b).

Acolher é identificar o outro e o que ele traz como verdadeira e singular sua necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e suportar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como virtude das práticas de saúde, o acolhimento é criado de modo coletivo, a partir do estudo dos processos de trabalho e tem como meta a implantação de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva. Acolhimento não é só compreendido para dentro dos estabelecimentos, porém também ultrapassando seus limites institucionais formando como elemento de fortalecimento da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2017b).

Cogestão significa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de pesquisa e decisão quanto o aumento dos afazeres da gestão - que se transforma também em um lugar de produção de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo (BRASIL, 2017b).

Ambiência é um termo derivado da junção das palavras ambiente e vivência, indica para o processo de constituição de lugares saudáveis, acolhedores e confortáveis, que considerem a privacidade, proporcionem mudanças no processo de trabalho e respeitem todas as dimensões humanas provocadas no processo de preenchimento dos espaços para que estes sejam de fato produtores de saúde e lugares de encontro entre as pessoas (BRASIL, 2017b).

Valorização do trabalho e do trabalhador é proporcionar a valorização e saúde nos locais de trabalho é melhorar a capacidade de entender e estudar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para discussões coletivas, procurando novas maneiras de fazer e se relacionar no trabalho. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério inerente para a melhoria da saúde e a prevenção de adoecimento. Trata-se de entender as situações nas quais os indivíduos trabalhadores declaram a sua capacidade de criação e de avaliação das normas de funcionamento coletivo estabelecidas nas organizações de saúde (BRASIL, 2017b).

A Defesa dos Direitos dos Usuários consiste em os serviços de saúde incentivarem o conhecimento dos direitos dos usuários assegurados por lei (BRASIL, 2017b).

Outra questão de grande relevância para a saúde é o saneamento básico e o saneamento ambiental. Luiz Roberto Santos Moraes conceitua saneamento ambiental como:

Conjunto de ações que visam alcançar níveis crescentes de salubridade ambiental, por meio de abastecimento de água potável, coleta e disposição sanitária de resíduos líquidos, sólidos e gasosos, promoção da disciplina sanitária de uso e ocupação do solo prevenção e controle excesso de ruídos drenagem urbana, controle de vetores de doenças transmissíveis e demais serviços e obras especializados (MORAES, 2004 apud ROMAN, 2007, p.136). .

O mesmo autor traz também o conceito de saneamento básico:

[...] conjunto de ações, entendidas fundamentalmente como de saúde pública, compreendendo o abastecimento de água em quantidade suficiente para assegurar a higiene adequada e o conforto, com qualidade compatível com os padrões de potabilidade, coleta, tratamento, disposição adequada dos esgotos e dos resíduos sólidos, drenagem urbana de águas pluviais e controle ambiental de roedores insetos, helmintos e outros vetores

transmissores e reservatórios de doenças (MORAES, 2004 apud ROMAN, 2007, p.137)

Desta forma, é possível afirmar que o saneamento básico pode ser considerado uma espécie de saneamento ambiental, visto que se limita unicamente ao conjunto de atos relacionados ao abastecimento de água, com a quantidade e qualidade precisas, que garantam a higiene adequada e o conforto do indivíduo em sociedade, igualmente, implica os padrões indispensáveis para o controle ambiental.

No dia 23 de maio de 2003 a foi apresentado o Projeto de Lei nº 1144/2003 que instituiria a Política Nacional de Saneamento Ambiental e definiria diretrizes para prestação de serviços de água e esgoto e dá outras providências. No entanto, o PL nº 1144/2003 acabou sendo arquivado, e até hoje não se possui uma Política Nacional de Saneamento Ambiental.

No que diz respeito ao saneamento básico, também existiu um projeto de lei instituindo uma política nacional. O PL 5296/2005 instituía as diretrizes para os serviços públicos de saneamento básico e a Política Nacional de Saneamento Básico – PNSB.

Este tópico abordou a previsão constitucional e legal do Sistema Único de Saúde e as suas políticas de saúde. Estas políticas são orientadas pelos princípios que estruturam o SUS, que serão discutidos no próximo tópico.

1.2 Princípios estruturadores do Sistema Único de Saúde – SUS

O Sistema Único de Saúde é estruturado por uma série de princípios previstos no art.7º da Lei nº 8080/1990. São eles: Universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; Integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; Participação da comunidade; Descentralização político-administrativa, com direção única em cada

esfera de governo: ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; Organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

Contudo, este trabalho enfatizará os princípios da universalidade do acesso ao Sistema Único de Saúde, o da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e o da integralidade.

O Supremo Tribunal Federal (STF) no Recurso Extraordinário nº 581.488/RS afirmou que: o princípio da universalidade do SUS consiste na atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão, através de serviços integrados por todos os entes federativos. O princípio da equidade consiste em assegurar que serviços de todos os níveis sejam prestados, de acordo com a complexidade que o caso venha a exigir, de forma isonômica em situações semelhantes. O princípio da integralidade que é o reconhecimento, na prática cotidiana, que cada indivíduo seja considerado como um todo indivisível e integrante de uma comunidade a exigir que as ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, formem, também, um todo indivisível, atendendo os casos e observando os diferentes graus de complexidade de modo integral pelas unidades prestadoras de serviços de saúde, o que impede que sejam eles seccionados (BRASIL, 2015a).

O STF neste mesmo recurso debateu a constitucionalidade da Portaria nº 113/1997 do Ministério da Saúde, que veda no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento médico diferenciado em acomodações superiores, mediante o pagamento da diferença de valores correspondente (BRASIL, 2015a).

O entendimento do STF, foi no sentido de que é constitucional a portaria que proíbe que pacientes do SUS tenham acesso às melhores acomodações, caso paguem a diferença dos valores, em face dos princípios da universalidade e da equidade do SUS. Além disso, este tribunal também entendeu que a vedação prevista

na referida portaria não fere o direito à saúde, nem a autonomia do médico (BRASIL, 2015a).

O STF no Agravo Regimental no Recurso Extraordinário com Agravo nº 727.864/PR decidiu que a Administração Pública não pode negar atendimento à saúde com base na cláusula da “reserva do possível” (que permite a Administração prestar serviços públicos de acordo com seu orçamento), em virtude do direito à saúde ser um direito constitucional (BRASIL, 2014a).

Segundo Claudia Travassos (1997), a teoria igualitária prevista na Constituição Federal implicaria na existência de um sistema com grande participação do setor público, no qual os serviços de saúde seriam distribuídos, conforme as necessidades de cada grupo populacional e financiado segundo as possibilidades de cada um.

Durante o processo de reorganização do sistema, a atenção à saúde foi progressivamente universalizada. Com surgimento do SUS, toda a população independente de vínculo previdenciário, passa a ter direito aos serviços de saúde do sistema público (GIOVANELA; FLEURY, 1996, p.182). Porém, o SUS não é o único sistema de saúde, mas um dos sistemas de saúde, financiado publicamente, e que convive com outros sistemas conhecidos como saúde suplementar (MATTOS, 2009, p.776).

Antes da criação do SUS, a saúde era centralizada na esfera federal. Isto gerava um distanciamento entre o governo federal e as questões mais particulares de cada localidade (SOUZA; COSTA, 2010).

Com o surgimento do SUS, a saúde foi descentralizada, isto teve origem com o movimento de reforma que estabeleceu que os serviços de saúde poderiam ser melhor coordenados e atender de modo mais preciso aos anseios e necessidades dos usuários através da municipalização (SOUZA; COSTA, 2010).

A descentralização tem sua aplicação por meio do financiamento a cargo das três esferas de governo e a execução de serviços por parte dos municípios. O processo de descentralização transferiu uma grande parte de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a municipal (SOUZA; COSTA, 2010).

Outra diretriz importante, já citada, é a integralidade do SUS. Esta remete à continuidade dos atendimentos e ao cuidado de seus usuários de seus diversos níveis, e que deve ser regulado pelas unidades prestadoras de serviço (SOUZA; COSTA, 2010).

O SUS prevê a participação da comunidade como um de seus princípios. Gilson de Cássia Marques de Carvalho (2007), defende que o ser humano, cidadão e político, exerce uma tríplice função na sociedade. Participando dela de três modos. Pela ação, a proposição e o controle.

A ação diz respeito ao desempenho das funções que cada ser humano exerce na sociedade. Necessita-se que todos exerçam seus papéis de modo satisfatório (CARVALHO, 2007).

A proposição é a soma da ação pessoal e do caráter propositivo da intervenção do ser humano na sociedade e nos governos. Participar com ideias, avaliação de ideias e assunção de ideias. Em relação à saúde, temos como exemplo (CARVALHO, 2007):

- A formulação de estratégias pelos Conselhos de Saúde (art.1º, §3º, Lei nº 8142/90) (CARVALHO, 2007)

- A participação dos órgãos deliberativos no processo de planejamento e orçamento do SUS (art.36, Lei 8080/90) (CARVALHO, 2007).

- A garantia da transparência mediante incentivo à participação popular e a realização de audiências públicas durante os processos de elaboração dos planos, LDO e orçamentos (LC 101/2000, art.48 – LRF) (CARVALHO, 2007)

O controle social é a essência da participação do cidadão. Contudo, a legislação do SUS, não utiliza este termo. O que se fala é em participação da comunidade. Neste caso temos como exemplo (CARVALHO, 2007):

- Os recursos dos estados, do distrito federal e dos municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela união para a mesma finalidade serão aplicados por meio de fundo de saúde que será acompanhado e fiscalizado por conselho de saúde, sem prejuízo do disposto no Art. 74 da Constituição Federal. (CF-ADCT, Art. 77, 3) (CARVALHO, 2007).

- O conselho de saúde atua [...] no controle da execução da política de saúde [...] Inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Lei 8.142/90, Art. 1, § 3) (CARVALHO, 2007).

- Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde (Lei 8.080/90, Art. 33). (CARVALHO, 2007).

O direito à informação em saúde se legitima a começar pelas informações transmitidas pelo agente de saúde ao paciente, possibilitando que este adquira as informações, com a perspectiva de ter o conhecimento e, por conseguinte simplificar o exercício de sua cidadania (LEITE, 2010).

Em virtude do princípio do acesso à informação do SUS foi criada a Ouvidoria Geral do SUS. Ela além de ser um espaço adequado ao acolhimento, ao tratamento e ao encaminhamento das demandas da população de todo o Brasil aos gestores do SUS, atua também em uma visão informativa, procurando ser um verdadeiro ambiente de cidadania (BRASIL, 2014b).

A Ouvidoria-Geral traz informações sobre:

-A gestão do SUS – suas políticas, ações e programas, especialmente do Ministério da Saúde, a qual pertence a Ouvidoria-Geral do SUS.

-Orientações em saúde e informações sobre doenças – aumento do conhecimento sobre os tipos de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Explicações dos temas relativos a conceito, tratamento, sintomas e formas de convívio com patologias do conhecimento ou não da população.

-A rede do SUS – são informações que tem como objetivo explicar os acessos certos para cada situação no Sistema e simplificar a admissão aos serviços de saúde pela população. Desta forma, é possível saber sobre como conseguir consultas, exames, tratamentos ou remédios de que necessita.

Além destas informações, a Ouvidoria-Geral serve para ouvir a população em relação aos serviços prestados pelo SUS, através de:

-Denúncia – para apontar irregularidade ou sinal de irregularidade na administração ou no atendimento por instituição pública ou privada de saúde. Ex.: cobrança de procedimento, negligência médica.

-Reclamação – para narrar insatisfação vinculadas aos serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento. Ex.: demora no atendimento, falta de remédios.

-Solicitação – para requerer acesso a atendimento ou serviços de saúde, ou qualquer outra informação da gestão SUS na esfera municipal, estadual e nacional.

-Pergunta – para procurar instrução, orientação, esclarecimento, ou ensinamento relacionado à Saúde. Ex.: informações sobre doenças, programas.

-Elogio – para expor satisfação por um serviço prestado pelo SUS.

-Sugestões – para propor ação considerada proveitosa ao desenvolvimento do SUS. Ex.: programas e ações de saúde.

Outro princípio a destacar é o da regionalização do SUS, que tem como objetivos reforçar e potencializar empenhos e ações compreendendo a organização dos sistemas local e regional de saúde, através da inter-relação de todos os envolvidos (SILVA; GOMES, 2013).

Os obstáculos que frequentemente atrapalham o processo de regionalização estão vinculados aos conflitos entre os objetivos, a integração e os fatores políticos (SILVA; GOMES, 2013).

Embora o processo de municipalização da saúde acontecido nas últimas décadas tenha ampliado a autonomia política dos municípios, a proposta de racionalizar a estrutura de serviços por meio da regionalização seguiu uma lógica mais administrativa (SILVA; GOMES, 2013).

A Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/93) se refere à regionalização como uma combinação e movimentação municipal que leve em conta os atributos geográficos, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e a vontade política demonstrada pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de natureza cooperativa. De forma complementar, em 1996, a Norma Operacional Básica do SUS (NOB SUS 01/96) instituiu a Programação Pactuada Integrada (PPI) como um mecanismo de planejamento, para a constituição de redes regionalizadas (BRASIL, 2013a).

No ano de 2001, perante a necessidade de continuar com o processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde - SUS, a Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS (NOAS 01/2001) fortaleceu a atenção básica como parte indispensável de uma totalidade de ações essenciais para o atendimento dos problemas de saúde da população, inseparável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde e indutora da reorganização do Sistema Único de Saúde e instituiu o processo de regionalização como tática de hierarquização dos serviços de saúde e de procura de maior equidade, dispostos em um Plano Diretor de Regionalização (PDR) (BRASIL, 2013a).

1.3 Programa Mais Médicos

Após o estudo dos fundamentos constitucionais e legais do Sistema Único de Saúde e a análise dos seus princípios nos tópicos anteriores, busca-se neste tópico analisar o Programa Mais Médicos.

Dentre os princípios do SUS está a universalidade no atendimento à saúde. Desta forma, o SUS tem o dever de atender qualquer pessoa, sem qualquer tipo de discriminação. Contudo, o Sistema Único de Saúde enfrenta muitos problemas em relação ao seu acesso, como a falta de médicos em cidades pequenas. Para combater este problema, o governo criou o Programa Mais Médicos (PMM).

O Programa Mais Médicos foi instituído pela Lei nº 12.871/2013 com os seguintes objetivos:

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

- I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;
- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Em 2015, quando o programa fez 2 anos, já havia garantido 18.240 médicos em 4.058 municípios brasileiros (73% dos municípios do país) e nos 34 distritos de saúde indígenas enfrentando de forma clara a carência ou até inexistência desses profissionais nas periferias das grandes cidades, nos pequenos municípios, comunidades quilombolas indígenas e assentadas, sertão nordestino, populações ribeirinhas, entre outras, que nunca tiveram ou não conseguiam estabelecer médicos (BRASIL, 2015b).

Estes médicos garantiram entre 2013 e 2015, atendimento a 63 milhões de brasileiros que não contavam com atendimento médico e que passaram a ter acesso às unidades de saúde próximas as suas residências (BRASIL, 2015b).

Bruna Pontes da Silva, Denise Stockmann, Donavan de Souza Lúcio, Elaine Henna, Maria Carolina Pereira da Rocha e Fábio Miranda Junqueira (2016) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de julgar o acesso à saúde, contrapondo índices de produção, marcadores e situação de saúde antes e depois da efetivação do PMM.

Observou-se aumento do número de consultas no público adulto e idoso, da mesma forma maior número de atendimentos de DST/AIDS e redução do número das consultas que não pertencem à área de abrangência. Isso tem como consequência maior acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) nesses lugares com melhor receptividade à busca voluntária e aos demais serviços que ocorrem na UBS, e maior resolutividade das demandas de saúde da comunidade. Intensificando a maior resolutividade, ocorreu uma redução radical em internações por outros motivos, demonstrando capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Entretanto, não houve aumento de atendimento na faixa etária de 0 a 14 anos (SILVA; STOCKMANN; LÚCIO; HENNA; ROCHA; JUNQUEIRA, 2016).

Uma plausível justificativa seria a inclusão de médicos do programa em unidades básicas mistas de saúde que possuem ginecologistas e pediatras já trabalhando.

Contudo, o PMM não foi bem recebido por um número relevante de pessoas, sendo duramente criticado por muitos médicos. A Associação Médica Brasileira (AMBR) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) argumentam que o programa do governo priva dos conselhos regionais de Medicina a competência para determinar a qualidade profissional do médico intercambista (BRASIL, 2014c).

A AMBR e o CFM ajuizaram Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.035-DF em relação ao PMM. A Confederação Nacional dos Trabalhadores Liberais Universitários Regulamentados (CNTU) também se manifestou contra o programa através da ADIn nº 5.037-DF.

A ADIn nº 5.035-DF fundamenta-se nas seguintes inconstitucionalidades:

(I) ausência dos requisitos da relevância e da urgência; (II) violação ao direito à saúde; (III) violação aos direitos sociais dos trabalhadores e ao princípio do concurso público; (IV) violação ao princípio da isonomia; (V) violação à autonomia universitária; (VI) dispensa de comprovação de proficiência na língua portuguesa; e (VII) violação ao princípio da licitação pública e à proteção do mercado interno como patrimônio nacional (SILVA; SANTOS, 2015, p. 73).

A ADIn 5.035-DF e 5.037-DF questionaram dez pontos da Medida Provisória nº 621/2013, que se tornaria a Lei nº 12.871/2013. O primeiro ponto questionado diz respeito urgência da medida provisória, segundo os autores das ações os requisitos de urgência da medida provisória não estão preenchidos, visto que a situação da saúde decorreria da incompetência e da ineficiência dos poderes e que as mudanças

curriculares na faculdade de Medicina somente passariam a valer a partir de janeiro de 2015. A PGR se manifestou afirmando que a urgência foi comprovada, visto que há dados preocupantes da fragilidade do atendimento médico em diversos municípios do interior (SILVA; SANTOS, 2015).

O segundo argumento dos autores é a violação do direito à saúde, por aceitar o exercício da medicina no país, sem a revalidação do diploma e por violar o princípio da legalidade. A PGR respondeu que é proibido o exercício da medicina fora do Programa Mais Médicos, portanto, a revalidação não é um comando constitucional, não existindo desrespeito à Constituição (SILVA; SANTOS, 2015).

A terceira justificativa dos autores é a ofensa ao princípio do concurso público por desrespeito aos direitos sociais dos trabalhadores, porque não admite vínculo empregatício e não assegura direitos trabalhistas. A PGR respondeu afirmando que o inciso IX do art.37 da Constituição Federal permite seleção simplificada para contratações de pessoal por um período determinado, desde que comprovada a necessidade temporária de excepcional interesse público (SILVA; SANTOS, 2015).

A quarta justificativa dos autores é a violação ao princípio da isonomia ao permitir a atividade de médicos sem submissão as mesmas condições e procedimentos impostos para os médicos graduados no Brasil. E a discriminação no acesso à saúde conforme a localização do paciente. Neste caso, a PGR alega que o trabalho dos médicos tem como objetivo específico as regiões prioritárias para o SUS na atenção básica. E as desigualdades socioeconômicas entre as regiões brasileiras são anteriores ao PMM e são reconhecidas pela Constituição³ (SILVA; SANTOS, 2015).

No dia 30 de novembro de 2017, o Supremo Tribunal Federal julgou improcedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.035 que debatia a inconstitucionalidade da legislação que instituiu o Programa Mais Médicos. Por maioria, os Ministros rejeitaram o pedido da Associação dos Médicos do Brasil.

Prevaleceu o parecer adotado pelo ministro Alexandre de Moraes, que rejeitou as alegações principais apresentadas pela AMB. Entre as questões discutidas, o ministro tratou do atendimento ao direito à saúde, a obrigação de validação do diploma do médico migrante e a questão do rompimento da isonomia nas relações de trabalho (BRASIL, 2017c).

³ Apesar das ADIn 5.035-DF e 5037-DF abordarem dez tópicos optamos por trazer apenas quatro pontos.

O ministro interpretou que o Mais Médicos é preferencialmente oferecido àqueles graduados no Brasil, admitindo na sequência os diplomados no exterior. A finalidade, diz, é fazer com que exista atendimento nas áreas mais longínquas do país. “Em alguns locais realmente não há médicos. Algumas comunidades, como aquelas de indígenas ou quilombolas, só veem o médico das Forças Armadas”, comentou o Ministro Alexandre de Moraes (BRASIL, 2017c).

Conforme o ministro, o paradigma utilizado pelo governo federal pode ser objeto de avaliações, contudo foi uma decisão legítima para atender a maior preocupação da população, que é a saúde. “Pode não ter sido a melhor opção do ponto de vista técnico para alguns, mas foi uma opção de política pública válida, para, pelo menos, minimizar esse grave problema”, afirmou (BRASIL, 2017c).

Uma outra questão que diz respeito ao acesso à saúde é a internação hospitalar com diferença de classe no SUS. Esta prática consiste na chance do usuário do SUS de utilizar serviços não cobertos pelo Estado que inclui: aposentos hospitalares melhores, contribuindo com a diferença de preços ao Hospital conveniado; colocação de médico privado para observá-lo; internação hospitalar conforme parecer e nomeação de médico privado, sem que seja preciso obedecer a triagem instituída pelo sistema de regulação oficial (VENTURA; KUOKAWA E SILVA, 2015).

Conforme já se discutiu no tópico anterior o STF julgou constitucional a proibição do tratamento hospitalar privilegiado mediante pagamento da diferença prevista na Portaria 113/1997.

1.4 Fenômeno da Judicialização da Saúde

Outra questão de grande relevância é a judicialização do acesso à saúde. Para que se possa compreender esta questão, primeiramente é preciso falar do conceito de “judicialização”.

Segundo Luís Roberto Barroso (2012, p.24) podemos dizer que judicialização significa:

(...) questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral. Como intuitivo, a judicialização envolve uma transferência de poder para juízes e tribunais, com alterações significativas na linguagem, na argumentação e no modo de participação da sociedade.

A judicialização se originou no Brasil através de três grandes causas: a primeira grande causa da judicialização foi a redemocratização do Brasil, que teve como grande marco a promulgação da Constituição de 1988. Nas últimas décadas, com a reaquisição das garantias da magistratura, o Judiciário deixou de existir como um setor técnico-especializado e se converteu em um autêntico poder político, apto a efetivar a Constituição e as leis, até mesmo em litígio com os demais Poderes (BARROSO, 2012).

A segunda causa foi a constitucionalização abrangente, que encaminhou para a Constituição diversos temas que anteriormente eram competências do processo político majoritário e para a legislação ordinária. A Constituição brasileira é analítica, ambiciosa, desconfiada do legislador. Como evidente, constitucionalizar um tema quer dizer transformar Política em Direito. Visto que um assunto (seja um direito individual, uma prestação estatal ou um fim público) é prevista em um dispositivo constitucional, ele se transforma, possivelmente, em uma pretensão jurídica, que pode ser expressa sob o formato de ação judicial (BARROSO, 2012).

A terceira e última causa da judicialização é o sistema brasileiro de controle de constitucionalidade, um dos mais abrangentes do mundo. Referido como híbrido ou eclético, ele reúne aspectos de dois sistemas diferentes: o americano e o europeu. O sistema brasileiro de controle de constitucionalidade admite o modelo difuso e o concentrado. No primeiro caso, qualquer juiz pode deixar de aplicar uma lei em um determinado caso por considerá-la inconstitucional (modelo americano). No segundo caso, o Supremo Tribunal Federal julga se uma lei é inconstitucional, sob a forma de uma ação direta, discutindo-se somente a matéria (modelo europeu) (BARROSO, 2012).

Há um grande debate sobre judicialização quando a matéria é o acesso à saúde. Esta procura, que começou na década de noventa, com solicitações de remédios antiretrovirais para o HIV/SIDA, tem tido relevante contribuição como possibilidade do cidadão ao acesso a remédios no Sistema Único de Saúde (PEPE; FIGUEIREDO; SIMAS; OSORIO-DE-CASTRO; VENTURA, 2010).

A maioria das solicitações é individual e tem sido concedida tendo como quase única base a prescrição dos medicamentos demonstrada pelo solicitante. Uma característica importante da judicialização da saúde é o caso de a receita conter tantos medicamentos integrados ou não pela Assistência Farmacêutica (AF) do SUS, uns sem registro no Brasil ou em indicação terapêutica ausente do registro sanitário. Outra

característica é o grande aumento das ações judiciais e das despesas com medicamentos (PEPE; FIGUEIREDO; SIMAS; OSORIO-DE-CASTRO; VENTURA, 2010).

No meio dos debates ou alegações mais presentes estão: embate das reivindicações no orçamento público, discordâncias sobre a maneira de desembolsar e gerir, aumento de custos, reserva do possível, abastecimentos para diligências judiciais e mínimo existencial. Assim, a tendência extrovertida do direito à saúde obriga a ininterrupta reconsideração de seu significado e limites (SILVA; SCHULMAN, 2017).

Alexandre Barbosa da Silva e Gabriel Schulman (2017) afirmam que a judicialização deve ser evitada, devendo ser privilegiado o acesso direto, a mediação e o diálogo interinstitucional. Principalmente nos seguintes casos:

- 1) o medicamento está na Rename (quando a concessão é imperativa);
- 2) o custo do tratamento é baixo e sua eficácia é demonstrada com maior facilidade;
- 3) há alternativa terapêutica que atende plenamente à solicitação do paciente, como medicamentos que possuem mesmo princípio ativo (genéricos), variando apenas quanto ao nome comercial;
- 4) o uso de Núcleo de Apoio Técnico (NAT) dos tribunais ou base de dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) permite concluir antes mesmo da ação judicial pela absoluta adequação do pleito (SILVA; SCHULMAN, 2017, p.291-292).

A aquisição de medicamentos na esfera do SUS, via de regra, presume paciente atendido pelo sistema público e com indicação de profissional do SUS. Essa é a norma, mesmo que muitas vezes não seja cumprida pelo judiciário em determinadas comarcas, incluindo a justiça federal e a estadual. Mesmo com os esforços para compor o sistema, a quantidade de ações em saúde tem aumentado. O desafio estimulou o CNJ a preparar as chamadas Jornadas de Direito da Saúde, que tiveram como objetivo, entre outras medidas, afastar-se tanto do caráter burocrático que compreendesse rol exaustivo de processos quanto do humanismo ingênuo que não considere que a saúde não tem preço, mas possui custos (SILVA; SCHULMAN, 2017).

A tática dos indivíduos de assegurar seus direitos apelando ao Poder Judiciário tem ocorrido, principalmente, em duas coalizões diferentes: uma individual e outra coletiva. A procura pela prerrogativa do direito à saúde tem transcorrido pela ação de diferentes instâncias judiciais: o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública. Também, apesar de ser em menor número, adiciona-se a participação de

escritórios privados de Advocacia. É possível, considerando o ato de cada uma dessas instituições, diferenciar os seus distintos modos de agir (MACHADO, 2008).

No Brasil, a liminar tem sido a medida primordial utilizada pelo Poder Judiciário para assegurar o acesso rápido de um cidadão a um certo bem ou serviço de saúde. Ela pode ser dada em virtude de Mandado de Segurança (art.5º, LXIX, CF/88) impetrado por algum sujeito que tenha seu direito líquido e certo não assegurado por determinada instância ou autoridade pública, ou do mesmo modo em virtude de uma Ação Civil Pública (art. 129, III, CF/88) ajuizada pelo Ministério Público (MACHADO, 2008).

A judicialização excessiva da saúde tem sofrido diversas críticas. O primeiro e mais comum parecer contrário à jurisprudência brasileira se sustenta na particularidade de a disposição constitucional aplicável estar prevista no formato de norma programática. O art.196 da CF/88 esclarece que a prerrogativa do direito à saúde ocorrerá através de políticas sociais e econômicas, não mediante decisões judiciais. A chance de o Poder Judiciário efetivar, livremente de mediação legislativa, o direito à saúde encontra uma grande barreira na maneira da efetivação do art. 196, que evidentemente concede a incumbência aos órgãos executores de políticas públicas (BARROSO, 2009).

Uma outra corrente de pensamento deixa claro a inadequação de tratar a questão como uma simples interpretação de princípios da Constituição. Imputa-se ou não ao Judiciário a função de efetivar de modo direto e imediato o princípio que efetiva o direito à saúde seria, anteriormente, uma questão de desenho institucional. Existem diferentes hipóteses de desenho institucional nesse domínio. É possível compreender que a melhor maneira de aprimorar a efetividade dos investimentos públicos com saúde é dar a competência para deliberar nessa área ao Poder Executivo, que tem perspectiva global tanto dos recursos existentes quanto das carências a serem compensadas. Esta seria a escolha do constituinte originário, ao decidir que o direito à saúde fosse assegurado por meio de políticas sociais e econômicas. As decisões judiciais que obrigam a concessão gratuita de fármacos pelo Poder Público conduziram, portanto, à mudança do arranjo institucional trazido pela Constituição de 1988 (BARROSO, 2009).

Uma terceira crítica ao ativismo judicial no tema, reiteradamente elaborada, trata do complexo problema da legitimidade democrática. É relevante o número dos que argumentam a inconveniência de privar dos poderes legitimados pelo sufrágio

popular o direito de escolher de que maneira os recursos públicos devem ser utilizados. Esses recursos são alcançados por meio do recolhimento de impostos. É a mesma população, que paga os impostos, quem tem o dever de escolher a maneira como os recursos públicos devem ser destinados (BARROSO, 2009).

Um problema de grande relevância para a judicialização da saúde é a medicalização da vida. Há um processo social, conduzido pela contemporânea política de mercado mundial, compreendido como o crescimento de uma cultura de medicalização da vida, fenômeno que leva o cidadão a um conceito resumido de que tudo pode ser solucionado através de medicamentos, tratamentos médicos e cirúrgicos (BRAUNER; FURLAN, 2013).

Contudo, será preciso, em um curto período, uma modificação no formato como os sistemas de saúde estão organizados e são sustentados (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2002), igualmente na maneira como funciona o acesso à população, de que maneira o Estado assegura e oferece o direito à saúde ao cidadão, levando em conta que cresce a quantidade de indivíduos que buscam no Poder Judiciário o acesso à saúde. O que vem ocasionando uma grande aflição à gestão pública, observando que aumentam excessivamente os indicadores de judicialização de solicitações relacionadas no âmbito da saúde, as quais levam uma relevante colaboração do atual contexto socioambiental de exploração econômica em relação a todas as classes sociais, perante a agravada ausência de uma educação para a saúde, a qual, acima de tudo, seja fundada na formação condutiva de uma consciência cidadã (BRAUNER; FURLAN, 2013).

Sendo assim, pode-se afirmar que a excessiva judicialização da saúde não decorre somente da ausência ou insuficiência de políticas de saúde por parte do Poder Executivo, mas também de uma cultura da medicalização da vida.

O modelo biomédico utilizado no presente momento deve mudar o foco centrado na patologia para promover uma melhor qualidade de vida, visto que o desagrado com o vigente modelo de assistência médica, que tem causado despesas gigantescas sem melhorar de modo considerável a saúde da população, induz o consumo de medicamentos e terapias que, em muitos casos não curam, desviando das causas do processo de adoecimento e, sem apresentar uma melhora real da qualidade de vida dos pacientes (BRAUNER; FURLAN, 2013).

1.5 A Emenda Constitucional nº 95/2016 e as propostas legislativas para o SUS

A Emenda Constitucional nº 95, de 15 dezembro de 2016, surgiu através da Proposta de Emenda à Constituição 241/2016 (PEC 241/2016) que ficou conhecida como a PEC do Teto dos Gastos Públicos, gerando muitas discussões.

A EC nº 95/2016 instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União que vigorará durante vinte exercícios financeiros (art.106, ADCT).

O art. 110 da ADCT prevê que na vigência Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão: no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 (no mínimo 15% da receita corrente líquida do exercício financeiro do ano) e do caput do art. 212, da Constituição Federal. Para os exercícios financeiros posteriores, as aplicações mínimas serão os valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 da ADCT (corrigidos conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo que determina a inflação).

Isto significa, que entrou em vigor este ano o congelamento dos gastos em saúde e educação que só serão corrigidos pelo percentual da inflação. Percebe-se atualmente, que o SUS enfrenta muitas dificuldades e que é necessário aumentar o investimento, contudo, a EC nº 95/2016 está impossibilitando isto.

A Exposição de Motivos prevista na PEC 241/2016 afirma que, a raiz do problema fiscal do Governo Federal está no crescimento acelerado dos gastos públicos primários. Pois entre 2008 e 2015 as despesas primárias cresceram 51% acima da inflação, enquanto a receita evoluiu apenas 14,5%. Portanto, segundo os autores do projeto, é necessário estabilizar o crescimento das despesas primárias, como instrumento de contenção de expansão da dívida pública.

Segundo Fabíola Sulpino Vieira e Rodrigo Pucci de Sá e Benevides (2016a), essa análise está sendo utilizada como subterfúgio para a redução do tamanho do Estado, abalando por 20 anos a eficácia da resposta em relação à salvaguarda dos direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988.

Diz respeito, portanto, de uma reforma implícita do Estado: a EC 95 dá destaque ao “Novo Regime Fiscal” (NRF), sem demonstrar a real intenção de diminuir a participação das despesas primárias relacionadas ao Produto Interno Bruto (PIB),

acarretando a redução da participação do Estado em diferentes políticas públicas, como é o caso da saúde e da educação. Não é por outro motivo que a projeto do NRF surge como emenda à constituição, visto que essas duas políticas têm percentuais garantidos de receitas definidos na CF 1988. Isto é, se o propósito da EC 95 não fosse diminuir a participação das despesas com saúde e educação em proporção do PIB, tal reforma não precisaria estar prevista na Constituição (VIEIRA; BENEVIDES, 2016a).

Em virtude do texto da Emenda Constitucional n° 95/2016, compreende-se que, mesmo “preservados” os gastos em saúde e educação no ano de 2017, a partir do exercício seguinte a correção destas rubricas se dará conforme variação do IPCA do ano anterior. Desta forma, o que se entende é um verdadeiro contingenciamento dos gastos em direitos sociais, disponibilizado por serviços públicos, para o relevante período de dezenove anos. Igualmente, dado o tamanho de despesas obrigatórias do Estado brasileiro, permanecerão também demasiado atingidos os recursos para as demais despesas, sejam de natureza unicamente social ou não (NOCE; CLARK, 2017).

O novo regime fiscal provoca o rompimento do pacto social instituído pela Constituição de 1988 e, em decorrência, ofende o princípio do não retrocesso social, isto é, retroagirá, impossibilitará ou diminuirá os avanços sociais civilizatórios (direitos), por meio de política econômica de natureza fiscal (NOCE; CLARK, 2017).

José Ribamar Pereira da Silva e Fernando Moutinho Ramalho Bittencourt (2017), defendem posição contrária. Eles afirmam que o art.110 da ADCT não possui relação com o art.107, exceto pelo primeiro adotar o mesmo critério de correção que o segundo. Pois o art. 110 prevê para a saúde e a educação mudanças no critério de aplicação mínima. No caso da saúde, é de no mínimo 15% sobre a receita corrente líquida do respectivo ano (art.198, §2º, II), contudo o novo Regime Fiscal determinou que nos exercícios financeiros posteriores a 2017, as aplicações mínimas seriam a do exercício financeiro anterior corrigida pela inflação. Já as demais despesas primárias estariam sujeitas a uma mudança no teto dos gastos e não no piso. Sendo assim, segundo os autores, não há prejuízo para a saúde e a educação.

No entanto uma pesquisa desenvolvida pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) diverge da posição de Silva e Bittencourt:

[...]Pelo exposto nesta Nota Técnica, fica claro que a PEC 241 impactará negativamente o financiamento e a garantia do direito à saúde no Brasil.

Congelar o gasto em valores de 2016, por vinte anos, parte do pressuposto equivocado de que os recursos públicos para a saúde já estão em níveis adequados para a garantia do acesso aos bens e serviços de saúde o congelamento não garantirá sequer o mesmo grau de acesso e qualidade dos bens e serviços à população brasileira ao longo desse período, uma vez que a população aumentará e envelhecerá de forma acelerada. Assim, o número de idosos terá dobrado em vinte anos, o que ampliará a demanda e os custos do SUS. (...) Como o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, a redução do gasto com saúde e dos gastos com políticas sociais de uma forma geral afetará os grupos sociais mais vulneráveis, contribuindo para o aumento das desigualdades sociais e para a não efetivação do direito à saúde no país (...) (VIEIRA; BENEVIDES, 2016b, p.21).

Segundo Ricardo Alex Ribeiro Ananias e Loreci Gottschalk Nolasco (2018), determinar limites de despesas mínimas corrigidas apenas com base no IPCA, instituí uma espécie de “sítio fiscal” que suspende por duas décadas, a prestação contínua já assegurada de serviços com saúde e educação, o que faz independentemente do caso de um relativo crescimento/desenvolvimento econômico ou arrecadação pública. Nessa situação, a EC n. 95 desrespeita o conteúdo material de normas constitucionais de amparo e proteção a direitos fundamentais.

Além disso, existem ações de controle concentrado de constitucionalidade requerendo a inconstitucionalidade da EC nº 95/2016. Uma das razões alegadas nas ações é a ofensa ao princípio da vedação do retrocesso social.

Celso de Mello ao analisar uma questão envolvendo o direito à saúde no Agravo Regimental no Recurso Extraordinário com Agravo 745.745 Minas Gerais, entendeu:

Na realidade, a cláusula que proíbe o retrocesso em matéria social traduz, no processo de sua concretização, verdadeira dimensão negativa pertinente aos direitos sociais de natureza prestacional (como o direito à saúde), impedindo, em consequência, que os níveis de concretização dessas prerrogativas, uma vez atingidos, venham a ser reduzidos ou suprimidos, exceto na hipótese – de todo inócua na espécie – em que políticas compensatórias venham a ser implementadas pelas instâncias governamentais (BRASIL, 2014, p.20).

Desta forma, se percebe que a EC nº 95/2016 ofenderia o princípio da proibição do retrocesso social, pois o critério de congelamento do piso da saúde por dezenove anos, sendo corrigido o valor apenas pela inflação é pior que o critério utilizado até 2017, que consistia na receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%.

Entende-se, portanto, que a EC nº 95/2016 irá tornar o sistema de saúde público brasileiro, cada vez mais limitado. Sendo assim, em virtude do SUS ser regido pelo princípio da universalidade, a EC nº 95/2016 irá afetar tanto os nacionais como os migrantes.

No dia 31 de agosto de 2017, foi apresentado o Projeto de Lei 8440/2017 que visa estabelecer normas gerais sobre a política de recursos humanos na área da saúde alterando a Lei nº 8080/1990. O projeto institui uma série de requisitos para a ocupação de cargos ou funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, como: formação técnica ou acadêmica compatível com cargo ou função a ser exercida (art.28 §3º, I) e tempo mínimo de experiência profissional de três anos, entre outros requisitos.

Na justificção do projeto, os autores alegam que os problemas do SUS não se restringem ao financiamento. A rigor, a melhoria dos serviços prestados à população também exige aperfeiçoamentos na política de recursos humanos da área de saúde, bem como na própria gestão dos recursos humanos dedicados à assistência à saúde.

A Proposta de Emenda à Constituição nº 157/2015 de autoria do Domingos Sávio acrescenta os parágrafos 1º e 2º ao art.196 da Constituição Federal, para preservando o direito universal à saúde estabelecer critérios para prioridades e urgências médicas. O art.196, da Constituição passaria a vigorar com a seguinte redação:

Art.196 ...

§ 1º As demandas individuais de assistência à saúde terão seu atendimento priorizado após emissão de laudo médico submetido a aprovação orçamentária do Conselho Municipal de Saúde.

§ 2º - As urgências médicas terão sua prioridade assegurada na rede pública de saúde e nos programas públicos de assistência à saúde, ressaltando aquelas já previstas em lei

Na justificção da PEC ° 157/2015, o parlamentar afirma que a saúde pública é direito de todos e está prevista na Constituição. Além disso, afirma que esta é cláusula pétrea, portanto, não pode ser suprimida. Contudo, a ausência de comando claro quanto a parâmetros de preferência para atendimentos juntamente a ausência de verbas suficientes para atender todas as solicitações tem tido por consequência um aumento na judicialização do tema causando distorções no Sistema Único de Saúde onde diversas vezes as decisões judiciais, por sua força compulsória prevalece sobre a organização de ações de saúde e com frequência o interesse individual está prevalecendo sobre interesse coletivo (BRASIL, 2015d).

Atualmente os juízes são solicitados pelo Ministério Público ou Defensoria Pública a darem preferência a atendimento algumas vezes que possuem valores elevados para obter até produtos ainda em fase experimental fazendo com que seja proferida uma sentença absurda onde um profissional do direito passa a decidir sobre uma situação médica sem possuir a assistência de uma junta médica imparcial que possa auxiliá-lo a justificar sua decisão (BRASIL, 2015d).

Concorda-se com o parlamentar, pois muitas vezes o interesse individual prevalece sobre o interesse coletivo, com a PEC nº 157/2015 seria possível consagrar que nas decisões judiciais sobre acesso à saúde sempre deve prevalecer o interesse coletivo. Além disso, concorda-se que o magistrado deve ser assistido por uma junta médica quando estiver diante de uma decisão desta espécie.

A PEC 160/2012 de autoria do deputado Wellington Fagundes institui a alínea “e” ao inciso VI do art.150 da Constituição Federal, que proibiria a incidência de impostos sobre medicamentos de uso humano. Na justificativa da PEC o parlamentar alega que a proibição de impostos sobre medicamentos humanos, reduziria os gastos públicos, pois desta forma, um número muito maior de pessoas poderiam comprar medicamentos, demandando menos os serviços públicos de saúde. Desta forma, segundo o deputado, os custos com o SUS reduziriam proporcionalmente e não seria necessário criar uma contribuição permanente ou provisória para custear a saúde.

O parlamentar ainda alegou que o Brasil possui uma carga tributária sobre medicamentos de 33,9%, enquanto que diversos países no mundo não tributam medicamentos como é o caso dos Estados Unidos, Reino Unido e Canadá (BRASIL, 2012). Dados do Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação, afirmam que o Brasil tem uma carga tributária de 33,87% (MUDANÇA..., 2018).

O PL 4126/2015 de autoria do deputado Felipe Bornier estabelece o direito ao parto humanizado na rede pública e dá outras providências. O art.2º estabelece uma série de princípios do parto humanizado e da assistência humanizada, como: a harmonização entre a segurança e o bem da gestante, assim como o do nascituro; a interferência adequada por parte das equipes de cuidado; a possibilidade da escolha dos métodos menos invasivos e mais naturais entre outros princípios.

O deputado inicia a justificativa, afirmando que existem muito mais coisas envolvidas do que a beleza das instalações e a gentileza no trato com as parturientes, quando se trata de humanização da assistência ao parto. Trata-se de uma mudança de atitude que consiste em respeitar o desejo das gestantes. Além disso, o deputado

afirma que existem segundo pesquisas uma série de procedimentos considerados rotineiros pelo sistema de saúde brasileiro, que são na verdade desnecessários e prejudiciais.

O PL 8131/2017 de autoria do senador Humberto Costa visa criar a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. O art.2º do projeto estabelece uma série de diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal, dentre elas se encontram: estimular e promover a prática da gestão participativa, garantindo a ação de representações populares e o controle público ou social, em todas as esferas de governo, na formulação e no debate de estratégias de saúde bucal; garantir que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde; disponibilizar o acesso universal, equânime e contínuo a serviços de saúde bucal de qualidade, dando resolução para toda busca manifesta, espontânea ou programada, e tornar acessível a obtenção e alocação dos recursos para à eliminação da demanda reprimida na área, entre outras.

A Política Nacional de Saúde Bucal foi lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, que incluiu um conjunto de diretrizes e medidas que visavam garantir ações de promoção, prevenção e recuperação bucal. O Programa Brasil Sorridente foi apresentado oficialmente como manifestação de uma política subsetorial consolidada no documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, incorporado ao Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil, objeto da Portaria MS nº 2.607, de 10/12/2004. Nesse documento, foi destacada a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, frisada a busca de articulação com os setores da educação e da ciência e tecnologia, e localizados os princípios norteadores e as linhas de ação previstas (BRASIL, 2017d).

O senador reconhece que a Política Nacional de Saúde Bucal é um grande avanço para a população brasileira no acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, simultaneamente que se efetivava sua inclusão no SUS, estabelecendo-a como política pública de saúde na esfera do Estado Federativo brasileiro, com o desenvolvimento de ações em todos os entes federativos e qualificando-a como política pública de abrangência efetivamente nacional.

Contudo, o senador afirma que falta a esta política pública amplamente reconhecida pela cidadania e a institucionalidade nacional, ser atribuída de forma

permanente ao estágio a que faz jus, no plano da lei, como a política pública de Estado, em que obviamente se constitui no presente (BRASIL, 2017d).

Observa-se que o Sistema Único de Saúde começou a se estruturar aos poucos a partir dos anos 1980. Atualmente constitui-se em um sistema com uma base legal que garante o acesso aos serviços de saúde aos cidadãos brasileiros em geral. Todavia, um sistema com esta amplitude sofre hoje com a carência de recursos, ainda mais após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 que restringe o gasto com as despesas primárias, incluindo a saúde. Resta agora estudar a questão da imigração no Brasil e o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde.

CAPÍTULO 2 - A PROTEÇÃO AOS MIGRANTES A PARTIR DOS DIREITOS HUMANOS: FLUXO MIGRATÓRIO E POLÍTICAS PÚBLICAS

O presente capítulo trata da garantia da proteção dos direitos humanos e as políticas públicas como mecanismos que visam assegurar a igualdade entre migrantes e brasileiros.

O primeiro tópico deste capítulo é dedicado aos direitos humanos dos migrantes. Nesta parte, é tratado o conceito de direitos humanos e a importância dos tratados que tratam deste tema na vida dos migrantes, além disso este tópico aborda as convenções da OIT sobre os direitos dos trabalhadores migrantes e a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros de suas Famílias. Este ponto do capítulo também trará um breve resumo da história das migrações no Brasil desde o período do Império até a chegada da atual Lei de Migração.

O segundo tópico aborda o atual contexto da migração no Brasil. Neste ponto, é demonstrado dados sobre o recente fluxo migratório e a maneira como a população brasileira têm recebido os migrantes.

O terceiro tópico trata da Nova Lei de Migração e seu Regulamento. Este ponto começa tratando do já revogado Estatuto do Estrangeiro, abordando quais eram os seus objetivos e quando e porque surgiu a necessidade de uma nova lei que tratasse da condição jurídica do migrante. Após isto, serão analisados os projetos de lei e um anteprojeto que tinham como objetivo substituir o Estatuto do Estrangeiro, além disso serão realizadas comparações entre os projetos e a Lei Migratória. Por último, serão analisadas a Lei de Migração, inclusive seus vetos, e o seu Regulamento que foi duramente criticado, conforme explicaremos.

O quarto tópico trata das políticas públicas destinadas à população migrante. Inicialmente, será abordado o fundamento que se encontra na Lei de Migração da necessidade de políticas públicas para os migrantes. Após trazer o fundamento, será feita uma pesquisa em sites que tratam sobre migrações, sobre se há notícias de políticas públicas sendo aplicadas, de maneira geral. Além disso, será analisado se existe alguma política pública de saúde para a população migrante, e caso exista

como isto está sendo realizado e qual a sua abrangência. Também será analisado a opinião de especialistas e da sociedade civil sobre esta questão.

2.1 Os Direitos Humanos dos Migrantes

Quando se trata de migrantes é imprescindível referir os Direitos Humanos haja vista que diariamente existem violações aos direitos humanos quando se está diante da miséria, de conflitos armados e de situações degradantes em que se verifica a ausência de condições básicas para uma vida digna.

Fábio Konder Comparato afirma que:

A expressão não é pleonástica, pois que se trata de direitos comuns a toda a espécie humana, a todo homem enquanto homem, os quais, portanto, resultam da sua própria natureza, não sendo meras criações políticas (COMPARATO, 2003, p.15).

Portanto, se os direitos humanos devem ser assegurados a toda espécie humana, é possível entender que os direitos humanos se destinam tanto aos nacionais como aos migrantes.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, reconhece que toda a pessoa pode deixar qualquer país, inclusive o próprio, e a este regressar, além disso afirma que todo ser humano tem o direito de locomover-se e residir dentro das fronteiras de cada Estado (artigo XIII).

O art.12 do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos assegura que toda pessoa que se encontre legalmente em um Estado poderá circular nele livremente e que toda pessoa tem o direito de sair de qualquer país, incluindo o seu. Contudo, os Estados são soberanos para decidir acerca da entrada em seu território.

Desta forma, pode-se compreender que a migração é considerada como um direito humano. Contudo, esta visão é muito recente na legislação migratória brasileira.

A primeira legislação internacional específica sobre migrações foi a Convenção sobre Trabalhadores Migrantes (n.97), de 1949, da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Esta convenção foi promulgada no Brasil pelo Decreto nº 58.819 de 14 de julho de 1966.

A Convenção sobre Trabalhadores Migrantes prevê no seu art.5º que todo o Estado-membro da Convenção deve manter, dentro dos limites de sua competência,

serviços médicos adequados, com os objetivos: de verificar o estado de saúde dos trabalhadores migrantes e de seus familiares, no momento de entrada e saída; assegurar para que os trabalhadores migrantes e os membros de sua família, gozem de uma proteção médica adequada e de boas condições de higiene, no momento de sua saída, durante a viagem e a chegada ao país de destino (BRASIL, 1966).

A Convenção sobre Trabalhadores Migrantes prevê no seu art. 6º que os imigrantes localizados legalmente em território nacional, não poderiam ter tratamento inferior em relação aos nacionais, em uma série de assuntos. Dentre estes estavam previstos a remuneração; duração de trabalho; férias; filiação sindical; seguridade social; impostos, taxas, e contribuições relativas ao exercício do trabalho (BRASIL, 1966).

Em 1975, a OIT elaborou a Convenção Sobre as Imigrações Efetuadas em Condições Abusivas e Sobre a Promoção da Igualdade de Oportunidades (n.143) e de Tratamento dos Trabalhadores Migrantes, contudo esta convenção não foi adotada pelo Brasil (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1975) .

Ambas convenções ordenavam que os Estados se empenhassem sob o ponto de vista de difundir informações que possibilitassem facilitar o processo de imigração e buscavam assegurar que os imigrantes tivessem o mesmo tratamento e usufríssem os mesmos direitos que os trabalhadores nacionais, independentemente de sua nacionalidade, raça, religião ou sexo.

Em 1990, foi aprovada pela Assembleia Geral da ONU a Resolução 45/158 de 18 de dezembro de 1990, que instituiu a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros de suas Famílias. Esta convenção tem como objetivo diminuir a vulnerabilidade dos migrantes e de suas famílias, garantindo uma proteção internacional adequada. Todavia, o Brasil ainda não adotou esta convenção até hoje.

Esta Convenção afirma que todos os migrantes têm direito de receber cuidados médicos necessários para preservar a sua vida ou para evitar danos irreparáveis à sua saúde, em pé de igualdade com os nacionais do Estado em questão. Tais cuidados médicos urgentes não poderão ser-lhes recusados por razão de irregularidade em matéria de permanência ou de emprego (art.28).

O tratado também assegura que não poderá haver discriminação entre nacionais e migrantes em relação aos serviços de saúde, desde que se verifiquem os

requisitos do direito de beneficiar dos diversos programas (art.43), este direito se estende também aos familiares dos migrantes (art.45).

No Brasil até 1820 a entrada de imigrantes era praticamente livre, quando se estabeleceu um decreto que determinava a exigência de passaporte de toda pessoa que entrasse no país ou saísse dele. A Constituição de 1824, nada estabeleceu acerca da imigração, pois o art.179 que continha os direitos civis e políticos, abrangia somente os brasileiros (FRAGA, 1985).

Após a proclamação da República, o Governo Provisório instituiu o Decreto nº 212/1890, revogando a legislação que exigia o passaporte para a entrada no Brasil, em tempos de paz. A Constituição de 1891 manteve a dispensa do passaporte em tempos de paz conforme disposto no art.72, §10, isto perdurou até 1926 quando por meio de uma revisão constitucional, foi definido que por meio de lei ordinária poderia ser restabelecido a exigência do passaporte (FRAGA, 1985).

Com o fim da 2ª Guerra Mundial, os direitos humanos começaram a ser fortemente debatidos, para que os terríveis acontecimentos que ocorreram nas Guerras Mundiais não se repetissem. Com isto, é editado o Decreto-lei nº 7967/45, que parece ser um avanço nas políticas migratórias trazendo no Art.1º a seguinte redação: “Todo estrangeiro poderá entrar no Brasil, desde que satisfaça as condições desta lei”. Porém, não podemos considerá-lo bom, pois dispõe que é necessário preservar as características mais convenientes de sua ascendência europeia, discriminando os imigrantes não europeus, mas traz uma política migratória melhor que a do Decreto-lei 406/38.

O primeiro Estatuto do Estrangeiro surge com o Decreto-lei 941/69, sendo regulamentado pelo Decreto 66.689/70. É importante ressaltar que este estatuto foi editado na época da Ditadura Militar, período em que a prioridade era a segurança nacional, podendo o alto comando, por livre arbítrio, mudar as normas de ingresso dos imigrantes ao território nacional (MILESI, 2007).

Ainda durante a Ditadura Militar, foi editada a Lei 6815/80 trazendo um novo Estatuto do Estrangeiro, possuindo como prioridade a segurança nacional, a organização institucional, os interesses políticos, socioeconômicos e culturais do Brasil, assim como a defesa do trabalhador nacional nos termos do seu art.2º (FRAGA, 1980). Esta lei foi revogada pela Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017, que instituiu a Lei de Migração.

Apesar do Brasil ter até 2017 uma lei que era baseada na segurança nacional e que ignorava os direitos humanos, os imigrantes possuem direito à saúde pública, desde o surgimento do SUS, que foi construído com base no princípio da universalidade no atendimento à saúde.

Este princípio alcança a população migrante em virtude do art.5º caput da Constituição Federal, que assegura a igualdade de direitos entre brasileiros e estrangeiros residentes no país, nos termos da Constituição. Porém, se observarmos a redação do caput do art.5º, a igualdade de direitos fundamentais poderia ficar restrita aos estrangeiros residentes, de modo que os migrantes não residentes no Brasil não possuiriam direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde.

Contudo, não é esta a interpretação que se deve dar a este artigo. A igualdade prevista no art.5º está relacionada aos direitos previstos na Constituição, mas isso não quer dizer que o imigrante não-residente possa ser vítima do arbítrio. Existem diversos tratados de direitos humanos de que o Brasil faz parte que asseguram estes direitos a todas as pessoas inclusive aos migrantes (SILVA, 2012).

O Pacto Internacional sobre Direitos Sociais, Econômicos e Culturais, prevê que toda pessoa tem o direito de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental (art.12, 1) e que dentre outras medidas os Estados Partes desta convenção devem criar condições que assegurem a todos a assistência médica e serviços médicos em casos de enfermidade (art.12, 2, d).

Portanto, o Brasil estende o direito à saúde pública aos imigrantes, independentemente de estarem regularizados no país. No entanto, existem alguns países que tem buscado barreiras para que a população imigrante não tenha acesso ao seu sistema de saúde público, em virtude das fortes pressões de partidos de extrema-direita (CONSTANT, 2010).

Na Espanha, os migrantes têm sido acusados pela crise econômica e pela dívida pública. Isto proporcionou um universo propício à homologação do real decreto-lei n.16 de 2012, que institui obstáculos ao uso de serviços de média e alta complexidade e de produtos como remédios e próteses aos imigrantes irregulares, forçando-os ao pagamento de um montante anual para o sistema de saúde, além de gerar um grande número de impedimentos, como a norma de que somente depois de um ano de trabalho formal em território espanhol é que os imigrantes poderiam ter o direito ao seguro-saúde nacional (ESPAÑA, 2012).

Portanto, percebe-se que nem todos os países que adotam um sistema de saúde público estendem estes direitos aos imigrantes. Conforme dito anteriormente, todos os migrantes têm direito ao acesso à saúde no Brasil, independentemente de regularização. Contudo, os imigrantes indocumentados possuem mais dificuldades (BRASIL, 2013c).

Um dos problemas que os imigrantes em situação irregular enfrentam é a retirada do Cartão SUS que é um documento importante para a saúde pública brasileira. Esses imigrantes não conseguem retirar o Cartão SUS, pois para isto é necessária a apresentação de RG, CPF, certidão de casamento ou nascimento, que eles não possuem por serem indocumentados (BRASIL, 2013c).

O Cartão SUS facilita a marcação de consultas e exames, além de garantir o acesso a medicamentos gratuitos. Porém, este documento não obsta o acesso ao SUS (BRASIL, 2013c).

Conforme visto no Capítulo 1, muitos imigrantes buscam os serviços de saúde pública no Brasil. Também se percebeu que na maioria dos estudos realizados os imigrantes eram de origem boliviana e haitiana.

Um censo realizado pela PF, conforme a Figura 1, demonstrou que dois maiores fluxos de imigração em 2015 eram de imigrantes haitianos e bolivianos.

Figura 1 - Ranking de países de origem dos imigrantes que chegaram ao país em 2015, segundo registro da PF



Segundo dados do Departamento de Economia e Assuntos Sociais entre 2015 e 2017, o número de imigrantes bolivianos passou de 46.336 a 47.563 (UNITED NATIONS, 2017).

A situação no estado de Roraima está tensa. Após uma briga no dia 18 de março de 2018, no município de Mucajaí, que resultou na morte de um venezuelano e de um brasileiro. No dia 20 de março de 2018, cerca de 300 brasileiros expulsaram 200 venezuelanos de um abrigo em Boa Vista. Contudo, os protestos contra a permanência de venezuelanos vêm ocorrendo há mais tempo (CORREIA, 2018).

2.2 Realidade atual da imigração no País

A visão que muitos brasileiros têm acerca das migrações é muito preocupante. Uma pesquisa realizada no dia 26 de março de 2018, no portal e-cidadania (onde as pessoas podem apresentar ideias legislativas, que uma vez apoiadas por 20.000 indivíduos serão encaminhadas a Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado e caso a comissão aprove a ideia legislativa esta se transformará em proposição legislativa), revelou um grande número de ideias legislativas pedindo a revogação da Nova Lei Migratória, que é uma lei que visa defender os direitos humanos dos migrantes, alegando que a lei ofende a soberania nacional, coloca a segurança nacional do Brasil em risco, além de afirmarem que o Brasil não tem condições de recebê-los.

O Substitutivo da Câmara dos Deputados a Projeto de Lei do Senado nº 7 de 2016, que deu origem a atual Lei de Migração teve o apoio popular de 1675 pessoas e rejeição de 7848 pessoas (BRASIL, 2016).

Percebe-se que muitos brasileiros rejeitam a ideia de uma Lei de Migração voltada para os direitos humanos.

Nos rumos do novo período de migrações, as diversas violências sofridas pelos migrantes, quer seja em trânsito, quer seja quando se tornam vítimas de contrabandistas e traficantes, que costumam trazer efeitos irreparáveis, pode se ter como exemplo a constante exploração no ambiente de trabalho e dos comportamentos xenófobos de uns círculos populacionais. Por seu turno, é impossível deixar de citar as inquietudes sociais e culturais, quando o imigrante possui costumes ou crenças conflitantes ou de difícil compreensão para os nacionais (TORRES; MOREIRA, 2017).

No dia 16 de maio de 2017, ocorreu uma manifestação na avenida Paulista, contra a Lei de Migração que havia sido aprovada no mês anterior pelo Senado e aguardava a sanção presidencial. Os manifestantes distribuíam panfletos para as pessoas que estavam transitando na avenida alertando sobre o perigo da Nova Lei de Migração, pois permitiria uma “islamização”. Além disso, no panfleto constava uma tirinha de um homem muçulmano estuprando uma mulher cristã. Algumas pessoas que viram a manifestação afirmaram que não concordavam com os manifestantes. Os motivos que elas alegaram foram que era uma manifestação preconceituosa e sem sentido, feria a democracia e o direito de liberdade, propagava ideias erradas, além de não possuir argumentos que sustentassem para que fosse válida. A Figura 2, a seguir, mostra uma fotografia do ato anti-imigração na Avenida Paulista:

Figura 2 – Ato anti-imigração na avenida Paulista em maio de 2017



Fonte: MigraMundo

De maneira geral, nem a saída de brasileiros nem a entrada de migrantes no Brasil atual têm um papel preocupante ou podem colocar em risco os sacrifícios realizados pelo desenvolvimento do país. Da mesma forma, até agora não se pode afirmar que o Brasil possui uma política coerente e integrada com respeito às migrações internacionais, mesmo que as autoridades oficiais aparentemente não possuam mais medo em relação à ameaça do trabalhador migrante em detrimento do trabalhador nacional. Os problemas relacionados às fronteiras e a segurança nacional são atualmente postos em outros níveis e com outras dimensões (PATARRA, 2015).

Isso não quer dizer que não há litígios entre nacionais e imigrantes, principalmente nos territórios de fronteira, igualmente reações de xenofobia e

discriminação nas áreas urbano-metropolitanas de maior população desses novos imigrantes. Do mesmo modo, não significa que esses imigrantes pobres não se encontrem em situações extremamente precárias e difíceis, como o caso dos bolivianos, entre outras comunidades (PATARRA, 2015).

O Brasil precisa superar um obstáculo no que diz respeito à inclusão do migrante no país de imigração, questão esta que não necessita apenas do empenho do migrante, mas também requer um comprometimento de toda sociedade civil. Diante disto, o governo deve planejar ações que auxiliem a integração do imigrante, ofertando-lhe todas as garantias de direitos humanos, especialmente para aqueles que se encontram indocumentados, os quais estão mais vulneráveis às situações abusivas (TORRES; MOREIRA, 2017).

A vulnerabilidade dos migrantes indocumentados é maior nos países que promovem a criminalização da migração. A criminalização da irregularidade migratória ocorre quando a lei pune como crime a condição migratória irregular de um migrante no território, ao invés de tipificar a conduta como infração, o que deixaria a pessoa em situação classificada como irregular, e não ilegal (LUSSI, 2017).

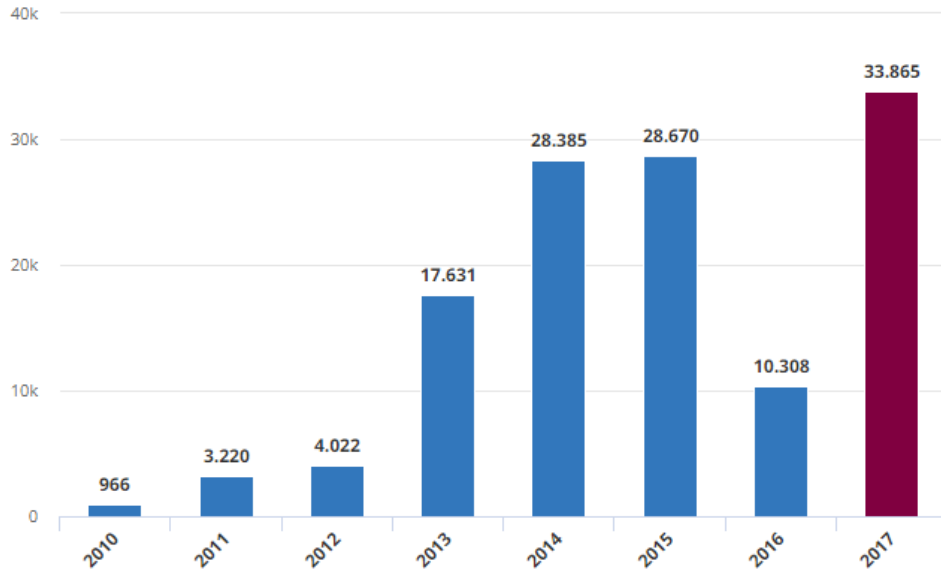
Aqueles que estão em situação irregular onde há criminalização, na hipótese de serem vítimas de algum crime, não tem a chance de pedir ajuda, de denunciar e inclusive de divulgar a agressão ou o abuso a que for sujeito, por receio de retaliação (LUSSI, 2017).

O Estatuto do Estrangeiro (antiga lei que regulava a condição jurídica do imigrante) tratava o imigrante indocumentado como um criminoso, não permitindo a sua regularização, sendo exigida a sua saída do país, sob pena de deportação. Já atual Lei de Migração permite a regularização do imigrante, dentro de um prazo determinado. A atual lei de migração não vê mais o migrante como um criminoso, apesar do seu regulamento desrespeitá-la, neste sentido.

O G1 fez uma pesquisa junto ao Comitê Nacional para os Refugiados (Conare) e verificou que jamais existiram tantos pedidos de refúgio no Brasil como em 2017: 33.865. Com o número triplicado em relação a 2016, o artigo enfatiza o acompanhamento de 14 funcionários no Conare incumbidos por reduzir uma espera que já atinge 86 mil migrantes em busca de condição de refugiado no Brasil. Pode ser avaliado como um progresso em relação aos 7 que trabalhavam até 2016, contudo é um número pequeno para quem necessita aguardar cerca de 2 anos para obter seu documento (ÁVILA, 2018).

A Figura 3 mostra o número de solicitações de refúgio ente 2010 e 2017:

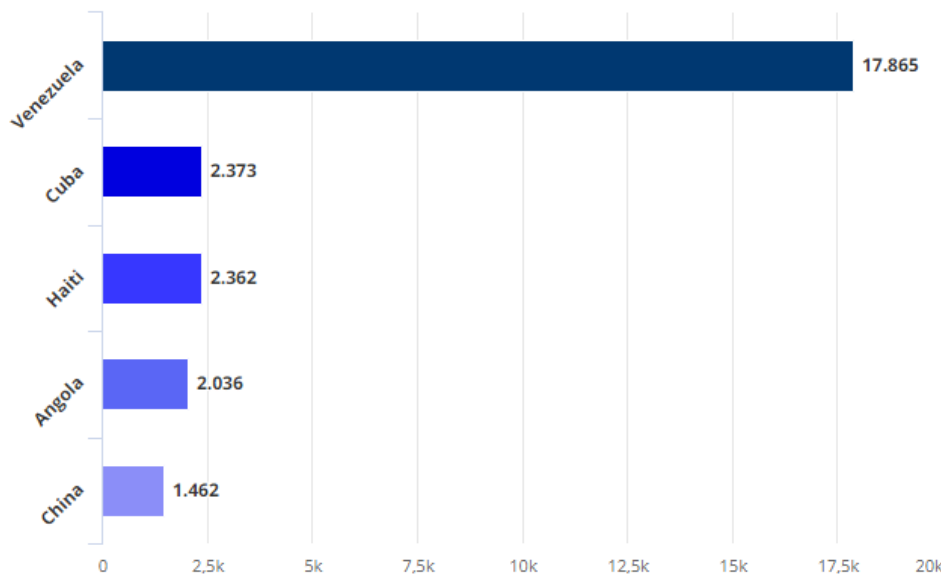
Figura 3 – Número de solicitações de refúgio (2010-2017)



Fonte: Ministério da Justiça

As cinco nacionalidades que mais solicitaram refúgio em 2017 foram a venezuelana, cubana, haitiana, angolana e chinesa, conforme a Figura 4:

Figura 4 – Nacionalidades com mais solicitações de refúgio feitas



Fonte: Ministério da Justiça

A migração venezuelana para o Brasil até então é um fenômeno social atual e, por este motivo, um grande campo de estudo. Refere-se a um país que, consagradamente, acolhia muitos migrantes e cuja população não tem tradição de emigração: conforme relatório recente da Organização Internacional para as Migrações (OIM), 4,5% da população da Venezuela era composta por imigrantes em 2015, ante 1,9% de venezuelanos que residem no exterior. Essas informações faziam com que o país ficasse em 2º lugar entre os que menos emigram na América do Sul, perdendo apenas para o Brasil (OIM, 2017).

Para que se entenda a atual crise política, econômica e humanitária que a Venezuela está passando, é necessário o contexto político e econômico deste país. Primeiramente se deve estar a par de que, a partir de 2011, a Venezuela se tornou a maior reserva de petróleo do mundo. Nesse ano, o parecer anual da Organização de Países Exportadores de Petróleo (Opep) apontou que o país superava a Arábia Saudita em volume de reservas de petróleo cru, com 296,5 bilhões de barris em seu solo (CARTA CAPITAL, 2011).

Contudo, da mesma forma que para outras nações com grande quantidade em recursos naturais, seu privilégio é, simultaneamente, sua restrição. A Venezuela produz somente 60% do que consome, ou seja, importa 40% dos alimentos - porém isso deve ser estudado de maneira separada. Em entrevista, durante trabalho de campo nesse país, um representante da Organização das Nações Unidas (ONU) esclareceu que há uma produção adequada de frutas, legumes e hortaliças, que atenderia aproximadamente 80% da procura, mas que há muita escassez de grãos e proteína animal. Outra questão é a intervenção de assuntos políticos na economia afetando o padrão de vida da população (SILVA, 2018).

Em 2016, ingressaram no Brasil por via terrestre na fronteira 56.800 venezuelanos e saíram 47.108, o que possibilita uma estimativa em cerca de 9.700 venezuelanos que permaneceram em território brasileiro. Em 2017, ingressaram por Pacaraima 24.379 (até 10 de julho de 2017) e voltaram 13.868, o que computa, em termos líquidos, 10.511 venezuelanos, número mais próximo às 7.600 solicitações de refúgio computadas no primeiro semestre de 2017. Ademais, esses dados deixam claro que a migração venezuelana é muito oscilante, isto é, muitos entram e muitos saem, o que ratifica alguns problemas (SIMÕES, 2017). Também, o Brasil é um destino residual, porque a maioria opta por ir para países hispânicos, como Colômbia, Equador, Chile, etc. (MISSÃO PAZ E CONECTAS, 2017).

O retrato de imigrantes venezuelanos na região Centro-Sul do Brasil tem se determinado de forma diversa à dos venezuelanos na região da fronteira Norte. Em São Paulo, existem venezuelanos que foram de avião, direto de seu país de origem, e outros que vieram da região Norte do Brasil, como uma segunda etapa do plano de migração. Normalmente, são indivíduos que integram classes sociais mais elitizadas do que aqueles que imigram para o Norte. As razões da maior parte são econômicas apesar de ao menos dois dos oito entrevistados terem mencionado perseguição política (SILVA, 2018).

2.3 A Nova Lei Migratória no Brasil

A Lei de Migração foi instituída pela Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017, sendo, portanto, muito recente no ordenamento jurídico brasileiro. Conforme dito no tópico anterior, esta lei foi precedida pelo Estatuto do Estrangeiro que vigorou no Brasil quase 37 anos, tendo sido instituído pela Lei nº 6.815 de 19 de agosto de 1980. Neste período o Brasil ainda vivia a Ditadura Militar, tendo este fato influenciado na redação do Estatuto do Estrangeiro.

Esta lei foi construída com base na segurança nacional, conforme afirmava o seu art.2º (BRASIL, 1980) e enxergava o imigrante como uma ameaça ao país, tornando a Polícia Federal, o órgão responsável por controlar a entrada e saída de imigrantes. Além disso, o Estatuto permitia uma série de atos discricionários por parte do poder Executivo, como deportação sumária e a prisão administrativa.

Contudo, a promulgação da Constituição de 1988 veio a proibir uma série de atos discricionários previstos no Estatuto do Estrangeiro, porém eles nunca foram revogados expressamente. Isto possibilitou, que alguns desses dispositivos fossem aplicados em alguns casos. Um exemplo foi uma nota da Federação Nacional dos Policiais Federais (FENAPEF) alertando que os imigrantes que fossem flagrados participando de atos políticos poderiam ser detidos e expulsos do país, com fundamento no art.125, XI do Estatuto do Estrangeiro (FENAPEF, 2016). A nota não possui poder vinculante, mas demonstra que existe uma corrente que acredita que este dispositivo continuava a ser constitucional.

Em relação à saúde, o Estatuto do Estrangeiro se referia a este termo oito vezes. A Lei 6815/80 estabelecia a saúde como uma das condições para adquirir um visto e a naturalização. Além disso, estabelecia que as fronteiras deveriam possuir repartições do Ministério da Saúde. Contudo, mesmo após a promulgação da Constituição, não foi acrescentado nenhum artigo acerca do direito à saúde do imigrante (BRASIL, 1980). Percebe-se que a saúde era um fator importante na admissão e naturalização do imigrante no Estatuto do Estrangeiro.

A Lei de Migração surgiu do Projeto de Lei do Senado nº 288/2013, de autoria do senador Aloysio Nunes Ferreira. Contudo, as discussões da necessidade de se criar uma nova lei migratória adequada à Constituição de 1988, antecedem a data de proposição da atual lei migratória.

Em 2009, foi apresentado o Projeto de Lei nº 5655/2009 que instituiria a Lei do Estrangeiro. Este projeto afirmava já no seu art.2º que se guiaria pela política nacional de migração e pelos direitos humanos. Contudo o seu texto, repetiu uma série de dispositivos do Estatuto do Estrangeiro que já estavam sendo duramente criticados. Pode-se citar como exemplo o seu art.8º que continuava proibindo os migrantes de criar ou manter associação ou qualquer entidade de caráter político.

No que diz respeito à saúde, o projeto à assegurava aos estrangeiros residentes no Brasil ainda que em situação irregular. Porém não estendia este direito aos turistas, o que contraria a Constituição Federal.

O PL 5655/2009 previa também a concessão de visto temporário para tratamento de saúde pelo prazo máximo de 1 ano, extensivo a um acompanhante, admitindo-se a prorrogação, enquanto durar o tratamento (art.33 caput). Porém, o art. 33 §1º deixa claro que este tratamento deve ser de caráter privado, não podendo serem utilizados recursos do Sistema Único de Saúde. Além disso, o §2º deste mesmo artigo proibia o detentor deste visto de realizar atividade remunerada; na hipótese do estrangeiro desrespeitar este dispositivo, este estaria sujeito ao cancelamento do registro e a deportação, caso este não viesse a se retirar do país no prazo determinado.

Além do PL 5655/2009 e do projeto que resultou na atual Lei de Migração, existiu um anteprojeto de uma lei de migração, desenvolvido por uma comissão de especialistas, designada pelo Ministério da Justiça em 2014. Esta comissão era coordenada pela professora Deisy Ventura. O anteprojeto do Ministério da Justiça era na época, o mais inovador dos três projetos.

Uma das grandes inovações deste anteprojeto era a criação da Autoridade Nacional Migratória (ANM), entidade de regime autárquico especial, vinculada à Presidência da República, com sede no Distrito Federal, que possuiria unidades regionais (art.72).

A Autoridade Nacional Migratória passaria a ser responsável por atender os migrantes e refugiados, passando a ser o órgão responsável pela condição jurídica do imigrante e para processar pedidos de refúgio (art.77). Desta forma, a Polícia Federal seria apenas responsável pela persecução penal. O extinto Estatuto do Estrangeiro concedia esta competência para Polícia Federal, pois o estatuto tinha como prioridade a segurança nacional.

Contudo, atualmente isto não faz mais sentido, pois o Brasil vive em um Estado Democrático de Direito. Todavia, a atual Lei de Migração, mesmo sendo um grande avanço em relação ao Estatuto do Estrangeiro, continuou mantendo a Polícia Federal como órgão responsável pela condição jurídica do migrante.

No que diz respeito à saúde, o anteprojeto do Ministério da Justiça previa que todos os imigrantes têm direito à saúde (art.4º, VIII); o visto de temporário para tratamento de saúde (art.15, III) e atribuía a Diretoria Adjunta para integração de políticas e serviços sociais coordenar com os órgãos setoriais competentes, o atendimento para as populações migrantes na esfera dos planos, políticas, ações e programas vinculados aos órgãos do sistema de saúde (art.82, I).

Este último dispositivo citado, também era uma exclusividade deste projeto. Nenhum dos outros projetos, previa um órgão competente para tratar da questão da saúde do imigrante.

A Lei de Migração instituída pela Lei nº 13.445/2017 já afirma no seu art.1º caput que: “dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante”. O §1º traz alguns conceitos importantes para que se entenda esta lei. O inciso I, trazia o conceito de migrante, mas foi vetado pela Casa Civil, alegando esta que o conceito seria muito abrangente envolvendo inclusive, o estrangeiro residente em país fronteiro, o que estenderia a todo e qualquer estrangeiro, independente da condição migratória, a igualdade com os nacionais, o que ofenderia, segundo a Casa Civil, o art.5º da Constituição Federal que restringe a igualdade aos estrangeiros que residem no país. Contudo, apesar do conceito de

migrante ter sido vetado da Lei de Migração, ele se encontra previsto no Regulamento desta lei (Decreto nº 9199 de 20 de novembro de 2017).

A justificativa deste veto é absurda, visto que o Supremo Tribunal Federal (STF), entende que a igualdade prevista no art.5º, se refere a todos os estrangeiros, visto que a garantia da inviolabilidade dos direitos fundamentais não poderia estar baseada em qualificação subjetiva puramente circunstancial (BRASIL, 2009).

O inciso II do art.1º §1º da Lei de Migração traz o conceito de imigrante como indivíduo nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil.

O inciso III conceitua emigrante como sendo o brasileiro que se estabelece de maneira temporária ou definitiva no exterior.

O inciso IV define residente fronteiriço como aquele indivíduo nacional de país limítrofe ou apátrida que mantêm residência habitual em município fronteiriço de país vizinho.

O inciso V define visitante como pessoa nacional de outro país ou apátrida que vem ao Brasil por período de curta duração, sem a intenção de se estabelecer de maneira temporária ou permanente no país.

O inciso VI define apátrida como o indivíduo que não seja considerado como nacional por nenhum Estado, segundo a sua legislação, nos termos da Convenção sobre o Estatuto dos Apátridas, de 1954, promulgada pelo Decreto nº 4.246, de 22 de maio de 2002, ou assim reconhecida pelo Estado brasileiro.

A Lei de Migração cita a palavra saúde seis vezes, mas não como um fator de admissão de migrantes e sim como uma garantia que deve ser assegurada a toda esta população. A lei também deixa claro que não pode haver discriminação no acesso à saúde, em virtude de nacionalidade ou condição migratória. Em outras palavras, não pode haver distinção entre imigrantes documentados e indocumentados, quanto ao direito ao acesso à saúde pública (art.4º, VIII).

A Lei de Migração criou a hipótese de se conceder visto temporário ao imigrante que venha estabelecer residência por tempo determinado para tratar a sua saúde. Neste caso, o visto temporário poderá ser concedido também ao acompanhante do migrante, desde que o migrante comprove possuir meios de subsistência suficientes (art.4º, §2º).

O Decreto nº 9.199 de 20 de novembro de 2017, que instituiu o Regulamento da Lei de Migração, afirma no seu art.35 que os meios de subsistência devem ser

suficientes para custear o tratamento e a sua manutenção durante o período em que o tratamento for realizado, por recurso próprio, seguro de saúde válido no território nacional ou certificado de prestação de serviço de saúde previsto em tratado de que o País seja parte.

A Lei nº 13.445/2017 traz no seu art. 30 que um dos casos em que pode ser autorizada a residência ao imigrante, visitante ou residente fronteiriço, é o tratamento de saúde.

O tratamento de saúde é uma das hipóteses que um condenado por ter praticado uma conduta criminosa no exterior ou no país, desde que prevista na legislação brasileira, pode pedir a autorização de residência (art.132, IV, a).

A Lei de Migração também afirmou que devem ser promovidas condições de vida digna para o emigrante, brasileiros que residem de maneira temporária ou permanente fora do país, assegurando a prestação de serviços consulares relativos as áreas de educação, saúde, previdência social, trabalho ou cultura.

Apesar da Lei de Migração esclarecer que a saúde é um direito que também se estende aos migrantes. O Ministério da Fazenda vetou um artigo que estendia ao visitante uma série de direitos que os migrantes possuem. Dentre estes direitos estava incluído o direito à saúde. Nas razões de veto, o Ministério da Fazenda alegou:

O dispositivo estende a todo visitante, dentre outros direitos, o de acesso a serviços públicos de **saúde** e de assistência social e à previdência social, como descrito no inciso VIII do artigo, o que representaria pressões fiscais adicionais à União e aos demais entes nacionais, prejudicando a adequação das despesas públicas ao limite de gastos constitucionalmente previsto, recomendando, assim, seu veto (BRASIL, 2017c, grifo nosso).

Discorda-se do veto do Ministério da Fazenda, pois o Sistema Único de Saúde é regido pelo princípio da universalidade, previsto na Constituição Federal, que diz que qualquer pessoa pode buscar os serviços de saúde. Desta forma, acredita-se que impedir os visitantes de terem acesso aos serviços públicos de saúde contraria o princípio da universalidade.

Apesar dos visitantes não serem objeto deste trabalho, é importante ressaltar que o Brasil não estabelece o seguro de saúde como requisito para a concessão de visto de visitante. Todavia, existe um projeto de lei tramitando na Câmara dos Deputados que pretende tornar obrigatória a aquisição de seguro de saúde pelos estrangeiros que ingressarem no país, nas condições especificadas no projeto (PL 5542/2013).

O deputado Mandetta – DEM/MS escreveu na justificação do projeto, que seria necessário tornar o seguro de saúde, como condição obrigatória de ingresso no Brasil, pois grandes destinos mundiais como Estados Unidos e os países da União Europeia o exigem. Além disso, alegou que o fato do Brasil não exigir este seguro é um ato de dispensa tácita do critério da reciprocidade existentes nas relações internacionais (PL 5542/2013).

Também afirmou que estaríamos sujeitando o SUS arcar com os custos de eventual atendimento, internação, e inclusive o falecimento de visitantes desprovidos de seguro-saúde próprio com validade no território nacional. Sendo assim, segundo o deputado, é um risco desnecessário e inexplicável (PL 5542/2013).

A União Europeia (UE) determina como condições de ingresso no seu território para os cidadãos de países que não são membros dela, que estes possuam: passaporte válido e eventualmente um visto. No entanto, a UE ressalta que esses cidadãos não devem se esquecer dos documentos comprovem o seguro de viagem, saúde ou automóvel (DOCUMENTOS..., 2018).

Já os Estados Unidos não estabelecem a contratação de seguro de saúde como condição de entrada no país, contudo o governo brasileiro recomenda aos seus nacionais que planejam visitar os Estados Unidos que contratem um seguro de saúde, pelo período necessário, visto que há limitação do atendimento gratuito e os valores cobrados pelo atendimento para quem não possui um seguro de saúde é muito caro (BRASIL, 2018).

No Reino Unido, o acesso à saúde por estrangeiros depende do tempo que os imigrantes pretendem ficar no país, de modo que aqueles que se encontram há mais tempo no país tem direito a um maior número de serviços de saúde gratuitos. Os turistas, por exemplo só não pagam em caso de emergência. Por este motivo, o governo brasileiro também recomenda que se contrate um seguro de saúde (BRASIL, 2018).

O parlamentar se equivocou ao afirmar que os Estados Unidos estabelecem o seguro de saúde como requisito de entrada no país.

Para viajar para a Europa é obrigatório ter um seguro de saúde que cubra despesas médicas de até 30 mil euros. Este é um dos requisitos para entrar em países que fazem parte do Espaço Schengen. O Tratado de Schengen ou Acordo de Schengen é o documento que foi firmado em 14 de junho de 1985, na pequena vila de Schengen, em Luxemburgo, que estabeleceu as bases para a abertura das

fronteiras internas e reforço das fronteiras externas entre os países signatários. Atualmente 26 países aderiram ao referido tratado, exigindo a contratação de seguro saúde pelo tempo que o turista pretender transitar nos referidos países.

A contratação de seguro de saúde para os turistas deve ser estimulada, mas estabelecer como exigência para entrada no país parece exagerado, na medida em que nem todas as pessoas estejam nas condições de contratá-lo. Acredita-se que o Brasil não deva exigir tal requisito para as pessoas que estão na condição de imigrantes, apresentando condição de vulnerabilidade econômica e social.

Além disso, o SUS é regido pelo princípio da universalidade tendo o dever de atender qualquer pessoa, sem nenhum tipo de discriminação. Com base nisto, acredita-se que não se trata de um risco desnecessário e inexplicável.

Outro veto polêmico foi o do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e da Casa Civil da Presidência da República em relação à anistia aos imigrantes indocumentados que haviam ingressado no Brasil até 6 de julho de 2016. As razões de veto foram as seguintes:

O artigo concede anistia indiscriminada a todos os imigrantes, independentemente de sua situação migratória ou de sua condição pessoal, esvaziando a discricionariedade do Estado para o acolhimento dos estrangeiros. Além disso, não há como se precisar a data efetiva de entrada de imigrantes no território nacional, permitindo que um imigrante que entre durante a **vacatio legis** possa requerer regularização com base no dispositivo (BRASIL, 2017c, grifo do autor).

Este veto é relevante para o acesso à saúde do imigrante, uma vez que estejam documentados, conseguirão utilizar este serviço público com muito mais facilidade. Sendo assim, a retirada da anistia do texto da Lei de Migração impediu que muitos migrantes se regularizassem e tivessem uma maior facilidade no acesso à saúde.

Desta forma, percebe-se que a Lei de Migração não é a lei ideal, porém é uma grande conquista em relação ao Estatuto do Estrangeiro.

A promulgação do Regulamento da Lei de Migração gerou muita polêmica, isto porque o decreto do regulamento, entra em conflito em diversos pontos com a própria Lei de Migração.

A coordenadora de Programas da Conectas Direitos Humanos, Camila Asano, declarou à jornalista Patrícia Campos Mello, da Folha de São Paulo que:

O decreto tem aspectos claramente contrários à própria Lei de Migração, como a previsão de prisão do migrante que será deportado, quando o artigo 123 da lei expressamente proíbe privação de liberdade por razões migratórias (MELLO, 2018, <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/11/1936866-lei-de-migracao-entra-em-vigor-mas-regulamentacao-e-alvo-de-criticas.shtml>).

A coordenadora de Programas da Conectas Direitos Humanos, exemplificou apenas um caso, mas existem outros pontos em que o decreto contraria a Lei de Migração.

O Decreto que regulamenta a nova lei, Decreto 9.199, de 20 de novembro de 2017, é claramente alheio às discussões que acompanharam o longo processo de redação do novo diploma, que ocorreu sobretudo durante os últimos dez anos, e não é exagero afirmar que ele ofende os objetivos da nova lei. Desta forma, simbolizaria uma grave ameaça a progressos históricos, tanto no que tange aos direitos dos migrantes como no que diz respeito à capacidade do Estado brasileiro de construir políticas adequadas em relação a esta matéria de relevância crescente (RAMOS; RIOS; CLÈVE; VENTURA; GRANJA; MORAIS; PIRES JR; DALLARI; REIS; JARDIM; BERNER, 2017).

O Regulamento utiliza no seu art.172 o termo banal “clandestino” para se referir a uma pessoa humana. Além disso, o Regulamento ignora o art.123 da Lei de Migração que prevê que ninguém pode ser privado de sua liberdade por razões migratórias, exceto nas hipóteses previstas na lei, quando prevê apenas no Regulamento a hipótese de prisão no caso de deportação (RAMOS; RIOS; CLÈVE; VENTURA; GRANJA; MORAIS; PIRES JR; DALLARI; REIS; JARDIM; BERNER, 2017).

A Lei de Migração prevê a concessão de vistos temporários para a acolhida humanitária que deve ser destinado ao apátrida ou nacional de qualquer país em caso de grave ou iminente instabilidade institucional, de conflito armado, de calamidade de grande proporção, de desastre ambiental ou de grave violação de direitos humanos ou de direito internacional humanitário, ou em outras situações, na forma de regulamento.

Neste caso, o Regulamento prevê que deve ser realizado um ato conjunto dos Ministros da Justiça, Relações Exteriores e do Trabalho para definir condições, prazos e requisitos para a emissão de visto (art. 36 §1º do Regulamento). Além disso, o §2º do art.36 afirma que outro ato conjunto destes ministérios poderá estabelecer instruções específicas para a realização de viagem ao exterior do portador do visto. Segundo especialistas, esses procedimentos podem atrasar a concessão de vistos (DEUTSCHE WELLE, 2018).

Outro aspecto em que também há contradição, é no que diz respeito à reunião familiar. A Lei de Migração prevê a concessão de vistos ou autorização de residência

para fins de reunião familiar sem nenhum tipo de discriminação ao imigrante: cônjuge ou companheiro, sem discriminação alguma; filho de imigrante beneficiário de autorização de residência, ou que tenha filho brasileiro ou imigrante beneficiário de autorização de residência; ascendente, descendente até o segundo grau ou irmão de brasileiro ou de imigrante beneficiário de autorização de residência; que tenha brasileiro sob sua tutela ou guarda (art. 37, I, II, III e IV).

Porém, o Regulamento prevê que ato do Ministro das Relações Exteriores sobre a necessidade de entrevista presencial e de apresentação de documentação adicional para comprovação, quando necessário, do vínculo familiar (art.45 §1º). O requisito da entrevista presencial para comprovação de reunião familiar torna difícil a concessão deste visto ou autorização de residência, visto que a família, na maioria dos casos chega ao Brasil posteriormente ao imigrante.

A Lei de Migração inovou ao prever o direito do migrante de regularizar a sua situação dentro do período de 60 dias e de circular livremente no país durante este período. A lei trouxe que será considerada regular a situação migratória do expulsando, cujo processo estiver pendente de decisão, nas condições previstas no art.55 (situações que o migrante não pode ser expulso do país).

A lei também assegura que o migrante não deve ser deportado ou repatriado se houver motivos (art. 62), no país de origem, que coloquem a vida ou a integridade pessoal dele em risco, algo que não ficou disposto no regulamento.

O Regulamento da Lei de Migração prevê que o ingresso no Brasil pode ser impedido, caso não atenda às recomendações temporárias ou permanentes de emergência em saúde pública internacional ou de importância nacional (art.171 XIII, XIV). Já a Lei Migratória em nenhum momento prevê esta situação como hipótese de impedimento de ingresso no país.

A Organização Não Governamental (ONG), Conectas Direitos Humanos criticou o Regulamento da Lei de Migração afirmando que este cria seletividades que contrariam o princípio do acolhimento igualitário previsto em lei, como quando torna mais rígidas as regras para o visto de trabalho. Mais de 40 organizações de direitos humanos criticaram o texto do decreto em uma carta aberta (ENTIDADES..., 2017).

Nesta carta, as entidades criticaram também o processo como foi feito o decreto. Diferente do processo da Lei de Migração, em que a sociedade civil, grupos de direitos humanos e os migrantes tiveram ampla participação. No caso do

regulamento, não houve participação popular. O processo de consulta pública online durou apenas 13 dias (CARTA..., 2017).

Na carta as organizações indicaram os vários pontos que representam um retrocesso na legislação migratória, dentre eles: várias lacunas que deixam para “atos ministeriais futuros” critérios e condições para acesso a direitos; mantém possibilidades de arbitrariedades e discricionariedades ao não tratar e estabelecer termos amplos na lei, como “atos contrários aos princípios e objetivos constitucionais”; mantém a confusão entre justiça criminal e migração quando condiciona o acesso ao direito de migrar à ausência de antecedentes penais e condenação penal, fazendo com que exista uma dupla penalização; mantém a pessoa aguardando expulsão no Brasil, sem a possibilidade de se regularizar no país; inclui prisão para fins administrativos o que é vedado pela Constituição Federal⁴ (CARTA..., 2017).

Deisy Ventura, especialista no estudo das migrações, concedeu uma entrevista à Carta Capital, onde falou sobre o Regulamento da Nova Lei de Migração. Segundo ela, o regulamento é uma verdadeira catástrofe. Durante a entrevista, Deisy criticou fortemente a ausência de participação popular, no procedimento que originou o decreto do regulamento. A entrevistada criticou também diversos dispositivos, como o uso da palavra “clandestino” no art.172 do Regulamento, quando a Lei de Migração prevê que deve ser assegurado a promoção e a proteção dos direitos dos migrantes. Nenhum ser humano é ilegal, irregular ou clandestino. O que deixa claro para a entrevistada que o governo não possui uma cultura acerca de assuntos migratórios (BASILIO, 2017).

Outro ponto criticado por Deisy Ventura foi o fato do regulamento ter eliminado a possibilidade que a lei previa de os migrantes virem ao Brasil procurar trabalho. O decreto prevê que a pessoa para se beneficiar do visto para procurar trabalho, necessita apresentar o contrato de trabalho (BASILIO, 2017).

A entrevistada também afirmou que é uma falácia, que o Brasil está sendo invadido por migrantes. Pois, as estimativas mais conhecidas apontam que há 1,5 milhão de imigrantes e refugiados. O que é um número insignificante para um país que possui uma população superior a 200 milhões de habitantes (BASILIO, 2017).

⁴ Existem outros pontos que foram criticados pelas organizações, contudo escolheu-se destacar apenas estes.

2.4 Políticas Públicas para Migrantes

A Nova Lei de Migração afirma que devem ser realizadas políticas públicas para a população migrante. O art.3º inciso X, afirma que um dos princípios e diretrizes da política migratória brasileira deve ser inclusão social, laboral e produtiva do migrante por meio de políticas públicas. Além disso, o inciso XVI do mesmo artigo dispõe que a política migratória deve ser regida pela integração e desenvolvimento das regiões de fronteira e articulação de políticas públicas regionais capazes de garantir efetividade aos direitos do residente fronteiriço.

O Regulamento da Nova Lei de Migração não trata das políticas públicas referidas no art.3º inciso X e XVI da Lei de Migração, apenas trata das políticas públicas destinadas ao emigrante.

Atualmente, o governo brasileiro vem debatendo algumas políticas públicas destinadas à população migrante. Um dos atos mais recentes, neste sentido, foi uma lei do Estado de São Paulo que prevê a revalidação gratuita de diplomas de refugiados. A Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro debateu um projeto semelhante, mas foi vetado (DELFIM, 2018a).

A isenção de taxas e impostos para revalidação de diplomas concedida para os refugiados, é considerado um avanço, pois muitas vezes, o migrante possui um diploma no seu país de origem, mas não consegue revalidá-lo, em virtude do valor dos tributos a serem pagos (DELFIM, 2018a).

No dia 14 de março de 2018, foi assinada por quatro ministérios (Justiça, Trabalho, Relações Exteriores e Segurança Pública), a Portaria Interministerial nº 9, de 14 de março de 2018, que preenche a lacuna deixada pelo fim da validade da Resolução nº 126 do Conselho Nacional de Imigração (CNIg), publicada em março de 2017 (DELFIM, 2018b)

Assim como a Resolução 126 do CNIg, a Portaria Interministerial nº 9/2018 trata da concessão de residência temporária a cidadãos países fronteiriços ao Brasil que não integrem o Acordo de Residência do Mercosul e países associados. Além dos venezuelanos, a medida se estende também aos cidadãos da Guiana e Suriname. As vantagens da Portaria Interministerial nº 9/2018 em relação à Resolução 126 do CNIg são as seguintes:

- 1 - Não exige entrada por terra, ao contrário da resolução anterior do CNIg;

- 2 - Não exige certidão “apostilada”, o que dispensa a necessidade de validação consular dos documentos dos migrantes – especialmente diante da crise que atinge também os serviços burocráticos na Venezuela;
- 3 -A residência temporária poderá ser transformada em residência por tempo indeterminado após dois anos
- 4 - Não precisa desistir do pedido de refúgio
- 5 - Mantém a gratuidade para quem não puder pagar a taxa (DELFIM, 2018b).

Segundo Camila Asano, coordenadora de programas da Conectas, um dos obstáculos que os refugiados venezuelanos que desejam pedir residência no Brasil é a ausência de um documento nacional que conste a filiação da pessoa. O documento de identidade venezuelano não possui esta informação, e em virtude da crise na Venezuela que também atinge os serviços burocráticos, obter uma declaração junto aos órgãos competentes é uma tarefa desgastante e demorada para quem necessita sair urgentemente do país (PORTARIA..., 2018).

Embora a portaria interministerial possa ser considerada uma forma de os venezuelanos conseguirem a documentação no Brasil, o meio mais utilizado continua a ser o refúgio.

Segundo dados do Ministério da Justiça, a Venezuela é o país de origem da maior parte das pessoas que solicitam o refúgio no Brasil. Das 33.865 solicitações de 2017, 17.865 eram de venezuelanos. Esse valor representa 52,75% do total.

No dia 2 de fevereiro de 2018, o Estado de Santa Catarina inaugurou seu primeiro Centro de Referência e Atendimento ao Imigrante (CRAI-SC). Os serviços de atendimento são executados pela Ação Social Arquidiocesana (ASA), vencedora da licitação do governo. No CRAI os imigrantes e refugiados podem receber assistência jurídica, orientação para regularizar documentos, encaminhamento para o mercado de trabalho e atendimento psicológico (BURITI, 2018).

Antes da criação do CRAI-SC, o atendimento a imigrantes e refugiados na Grande Florianópolis estava sendo realizado por estagiários e voluntários na Pastoral do Imigrante. Além de Santa Catarina, somente São Paulo possui um CRAI (BURITI, 2018).

No dia 18 de dezembro (Dia Internacional dos Migrantes) de 2017, Camila Asano escreveu um artigo no jornal El País Brasil intitulado “Migrar é Direito”. Nele a autora afirma que, os movimentos migratórios fazem parte da condição humana. Sendo muitos os motivos que fazem diferentes pessoas deixarem seu país de origem,

para viver em outro. No destino, os migrantes precisam encontrar não apenas o acolhimento das pessoas que vivem neste país, mas também legislações que garantam a sua integração, assegurando direitos fundamentais, como a não-discriminação e acesso a serviços sociais básicos, como saúde e educação (ASANO, 2017).

Após uma análise de algumas notícias da página do MigraMundo, percebe-se que existem algumas políticas públicas destinadas à população migrante, contudo estas são em sua maioria são de iniciativa dos Estados, dos Municípios e da sociedade civil.

Carmen Lussi (2015), defende que as políticas públicas para migrantes podem estimular as desigualdades, já a inclusão da população migrante e refugiada nas políticas públicas cogitadas sob o ponto de vista integral e transversal favorece a integração e a prevenção de transgressões de direitos. Desigualdade não se enfrenta com igualdade; evita-se com equidade.

O debate sobre as desigualdades encaradas por migrantes e refugiados exige uma interpretação ampla acerca das políticas migratórias. Estas não são apenas as políticas que tratam sobre quem pode ou não entrar no Brasil e em quais situações. A política migratória abrange todo o cuidado para que a população migrante que optou pelo Brasil para viver possa acessar às políticas públicas universais, desejadas e instituídas no país, fora ações, programas e políticas que enfrentam os desafios específicos da população migrante (LUSSI, 2015).

Na semana que comemora o Dia Internacional do Refugiado, 20 de junho, o Migraidh, Direitos Humanos e Mobilidade Humana, organizador da Cátedra Sérgio Vieira de Mello da Universidade Federal de Santa Maria, disponibilizou o 1º Curso de Formação e Capacitação para Servidores Públicos, “Migração, Refúgio e Políticas Públicas”, para o debate propositivo das migrações na cidade de Santa Maria na sob a ótica do Direito Humano de Migrar (REDIN; MONAIR; ALMEIDA; DOMINGUES; BERTOLDO; MINCHOLA, 2018).

O 1º Curso Migração, Refúgio e Políticas Públicas trouxe uma ponderação propositiva, enfatizou as prevalências para uma política pública municipal para migrantes e refugiados e auxiliou na inclusão da agenda de políticas para migrantes e refugiados na 12ª Conferência Municipal de Assistência Social de Santa Maria, que ocorreu nos dias 22 e 23 de junho, igualmente o desenvolvimento de uma política de recebimento e estabelecimento de migrantes e refugiados na

Universidade Federal de Santa Maria (REDIN; MONAIR; ALMEIDA; DOMINGUES; BERTOLDO; MINCHOLA, 2018).

No que diz respeito às políticas públicas de saúde, não é diferente. Conforme dito anteriormente, o Ministério da Saúde não possui nenhum programa ou ação destinada especificamente aos migrantes.

Apesar do sistema de saúde público ter como base o princípio da universalidade, atendendo qualquer pessoa independentemente da nacionalidade, o Ministério da Saúde não possui nenhuma ação ou programa de saúde específico para a população migrante. A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS que se encontra disponível na página do Ministério da Saúde, não menciona nenhuma vez as palavras: “migrantes”, “imigrantes” ou “estrangeiros”.

Além disso, a Carta afirma na apresentação que este documento é uma das ferramentas mais importantes para que o **cidadão brasileiro** conheça os seus direitos e deveres no momento de procurar atendimento à saúde tanto público como privado. (BRASIL, 2011). Pelo texto da Carta parece que ela não possui importância para os migrantes, contudo conforme já esclarecemos o princípio da universalidade não exclui o estrangeiro.

A Carta também fala que ela foi elaborada com base em princípios que asseguram o cidadão o direito básico ao ingresso nos sistemas de saúde.

Não há dados oficiais na página do Ministério da Saúde acerca do atendimento à saúde fornecido à população migrante.

Cabe ressaltar que a busca dos imigrantes pelos serviços de saúde é um desafio, que se intensifica quando há desconhecimento dos costumes e da legislação brasileira, ou por estarem irregulares no país, o que causa insegurança, muitos não recebem nenhum tipo de assistência, o que aumenta a sua vulnerabilidade social (RUFINO; AMORIM, 2012).

No dia 14 de janeiro de 2018, o G1 noticiou que o Ministro da Saúde, Ricardo Barros, assinou um plano de ações para atender imigrantes venezuelanos no estado de Roraima, este plano consistiria em uma ação conjunta do governo federal, o governo de Roraima e as prefeituras de Pacairama e Boa Vista. O objetivo seria qualificar a assistência na atenção básica e hospitalar dos venezuelanos. O Ministro ainda ressaltou que é preciso a própria unidade de saúde resolver os seus problemas e mandar menos gente para os hospitais de referência, além disso afirmou que isso se dará através de um projeto que está sendo desenvolvido e o plano de ações terá

como finalidade evidenciar as responsabilidades de cada ente no que diz respeito à saúde (MARQUES, 2018).

Entre as diversas medidas, para orientar os imigrantes venezuelanos onde buscar atendimento, o Ministério da Saúde criou materiais bilíngue (português e espanhol), com dados sobre acesso e cuidados de doenças prioritárias como a difteria (BRASIL, 2018a).

Outra prática na atenção básica é o apoio à assistência à saúde da população migrante em situação de rua e os indígenas, particularmente os que chegam em Roraima sem documentação. Para os anos seguintes, o Plano ainda prevê o aumento provisório do Piso de Atenção Básica Fixo dos municípios de Boa Vista e Pacaraima – em virtude da atualização das informações da população e inauguração das Unidades do Jôquei Clube, aeroporto e São Bento. Além disso, existe suposição de efetivação de Consultório na Rua em Boa Vista e Pacaraima, que vai tornar possível o aumento da demanda ativa dessa população (BRASIL, 2018a).

O Grupo de Trabalho (GT) do Ministério da Saúde instituído para satisfazer ao aumento da busca pelos serviços de saúde do Sistema Único com o crescimento do fluxo migratório, participou de uma audiência pública no Senado Federal, promovida pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH). O GT apresentou as ações que o Ministério da Saúde está desenvolvendo em Roraima (BRASIL, 2018b).

Contudo, este plano é destinado a tratar uma nacionalidade estrangeira específica em apenas uma região (venezuelanos que vivem em Pacaraima e Boa Vista), não existindo um plano nacional que abrange a imigração de modo geral.

No dia 10 de março de 2018, iniciou-se uma campanha de vacinação contra o sarampo em Roraima e que envolverá 400 mil brasileiros e imigrantes venezuelanos, serão 130 pontos de vacinação em 15 municípios. O Ministério da Saúde afirma que, existe uma grande campanha publicitária envolvendo televisão, rádio, internet, carro de som e mobiliário urbano. Até o dia 6 de março foram confirmados 8 casos de sarampo, todos em crianças venezuelanas, tendo um deles resultado em óbito. Outros 34 casos estão sendo investigados (BRASIL, 2018c).

A coordenadora geral do Programa Nacional de Imunizações disse que, todos os casos confirmados foram em pessoas que nunca haviam tomado a vacina contra o sarampo. Ela também afirmou que, a vacinação é fundamental para que a doença não se espalhe por todo o estado. Ressaltou que todos os brasileiros e imigrantes que

vivem em Roraima devem permanecer atentos para ficarem com a vacinação em dia para estarem protegidos (BRASIL, 2018c).

No dia 11 de setembro de 2015, o médico Jessé Reis Alves palestrou no Ciclo de Estudos, evento promovido em Brasília pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Jessé Reis Alves iniciou sua palestra distinguindo migrantes e refugiados, os primeiros seriam pessoas forçadas a se deslocarem de seus países por perseguições, enquanto os migrantes seriam pessoas que buscam se estabelecer de maneira temporária ou permanente acreditando encontrar melhores condições de vida (BRASIL, 2015c).

O médico também destacou os principais desafios que os migrantes e refugiados encontram ao chegar no Brasil. Estas dificuldades seriam a vulnerabilidade antes e durante o deslocamento, diferenças culturais e idiomáticas, e a imprescindibilidade de detectar e cuidar pessoas com doenças crônicas ou infecciosas (BRASIL, 2015c).

Jessé Reis Alves ainda ressaltou que os médicos devem estar atentos aos possíveis problemas, relacionados a saúde mental, decorrente das dificuldades enfrentadas no país de origem ou durante a viagem (BRASIL, 2015c). Apesar da palestra relatar os problemas enfrentados pelos imigrantes e refugiados, não foi criado nenhuma ação ou programa para tratar esta população.

Contudo, atualmente o Ministério da Saúde tem divulgado na sua página oficial diversas notícias sobre a situação dos venezuelanos em Roraima e da ação conjunta do governo federal, do governo de Roraima e das prefeituras de Pacairama e Boa Vista, que visa qualificar a assistência na atenção básica e hospitalar dos venezuelanos.

Com a chegada de um grande número de refugiados venezuelanos no norte do Brasil, as histórias de situações de exploração laboral cresceram quase na mesma proporção, principalmente no Estado fronteiro de Roraima, onde milhares de pessoas da Venezuela buscam emprego, dinheiro e alimento (IMIGRANTES..., 2018).

A grande parte destes casos, contudo, acontece em silêncio e em situações que parecem normais, como a de E., uma jornalista de 27 anos. Acompanhada de seu cônjuge, ela viajou em 2017 de Caracas para Boa Vista, capital de Roraima, fugindo da crise econômica que domina a Venezuela (IMIGRANTES..., 2018).

Com ensino superior, residência temporária e todos os documentos em ordem, E. obteve em janeiro um trabalho em um restaurante de Boa Vista. Contratada por um

salário mínimo, foi esclarecida que só ganharia as gorjetas. Dois meses após, todavia, nem isso está auferindo, e atualmente trabalha em troca de comida (IMIGRANTES..., 2018).

No dia 5 de abril de 2018, o MigraMundo noticiou que teve início o processo de interiorização dos venezuelanos. A interiorização de imigrantes consiste em um processo de desconcentração desta população (enviando os imigrantes para outras localidades do país) de um determinado local, em virtude deste local não possuir condições de atender os migrantes.

O processo de interiorização dos venezuelanos está sendo coordenado pelo governo federal e tem o apoio do ACNUR (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados) e da OIM (Organização Internacional para as Migrações).

A primeira cidade a receber os venezuelanos será São Paulo. Um avião da FAB (Força Aérea Brasileira) chegou em Guarulhos com 116 migrantes. De lá, três ônibus levaram 83 migrantes para um abrigo administrado pela Prefeitura de São Paulo, enquanto 29 irão para um abrigo administrado pela sociedade civil e outros 4 a um local de acolhimento do Estado de São Paulo (DELFIN; WLADIMILA, 2018)

Para participarem do procedimento de interiorização os migrantes devem atender os seguintes critérios:

- 1- serem voluntários: ou seja, que realmente queiram ir para outra região do país;
- 2- que já estejam abrigados em algum dos centros provisórios de acolhimento em Roraima;
- 3- que tenham a documentação em ordem;
- 4- que estejam com a saúde em dia (imunizado, com os prazos de carência das vacinas já cumpridos).

A Força Tarefa Humanitária declarou que todos os migrantes que estão sendo destinados para outros lugares do país já foram vacinados contra sarampo, caxumba, rubéola, febre amarela, difteria, tétano e coqueluche, ademais de já terem passado por regularização migratória com a Polícia Federal – seja através de solicitação de refúgio ou de residência temporária (DELFIN; WLADIMILA, 2018).

É importante ressaltar, que o processo de interiorização dos migrantes não deve ser apenas um processo de desconcentração de migrantes, o governo não deve deixar estas pessoas desamparadas.

Cleyton Abreu coordenador do SJMR (Serviço Jesuíta para Migrantes e Refugiados) em Roraima afirmou a necessidade de prestar atenção em como o processo de interiorização será feito:

A interiorização é uma série de atos, de fatores que levam o migrante às cidades onde há necessidade da atuação técnica e acadêmica deles. Somos contra qualquer logística de descarte. Somos contra 'encher aviões' e simplesmente descartar a pessoa em qualquer parte do país, sem a devida assistência social. A sociedade civil também está lutando por uma participação mais ativa no gabinete de gestão de urgência do trâmite migratório (DELFIM; WLADIMILA, 2018, <http://migramundo.com/sob-expectativa-comeca-interiorizacao-de-venezuelanos-pelo-brasil/>).

A Prefeitura de São Paulo, declarou durante a coletiva de imprensa que os venezuelanos ficarão em CTAs (Centros Temporários de Acolhimento), em São Mateus (zona leste) e Santo Amaro (zona sul), além disso afirmou que o CRAI (Centro de Referência e Atendimento ao Imigrante) está à disposição dos migrantes (DELFIM; WLADIMILA, 2018).

É muito importante que os imigrantes independentes da nacionalidade tenham acesso a saúde, pois esta é um direito social.

CAPÍTULO 3 – PERSPECTIVAS DE ACESSO À SAÚDE PELA POPULAÇÃO MIGRANTE: PROMOVENDO OS DIREITOS HUMANOS E A JUSTIÇA SOCIAL

Num primeiro momento este capítulo aborda a equiparação constitucional entre brasileiros e estrangeiros residentes para logo após focar o direito à saúde da população migrante. Para tanto importante referir a Constituição Federal e tratados de direitos humanos que o Brasil faz parte e que garantem a equiparação entre brasileiros e estrangeiros.

Também serão tratados nesta parte os conceitos de migrantes na atual Lei de Migração e de estrangeiro no antigo Estatuto do Estrangeiro. Além disso, será abordado neste tópico se os imigrantes têm ou não acesso ao Sistema Único de Saúde e se tiver como ele se dá. Ainda, na hipótese de ser possível o atendimento à população migrante, verificar se há discriminação entre nacionais e imigrantes, e entre estes próprios. Também é demonstrada a opinião dos imigrantes acerca do SUS. As principais nacionalidades estrangeiras que são estudadas no presente capítulo serão a haitiana e a boliviana. Logo após, trata-se da percepção que os imigrantes de diversas nacionalidades têm do sistema público de saúde brasileiro.

O terceiro tópico apresenta a perspectiva apresentada pela Bioética relativa a a atual situação da saúde no Brasil, indicando o que deve mudar segundo os seus princípios. Além disso, será abordada a ideia da busca por uma justiça sanitária.

O quarto tópico desenvolve os aspectos que mostram como o SUS acolhe os imigrantes.

Por fim, o quinto tópico apresenta a situação do acesso à saúde pelos migrantes, em outros países. Neste caso, escolheu-se dissertar sobre o Uruguai, Senegal, Haiti, Estados Unidos e Cuba.

3.1 Equiparação constitucional entre brasileiros e estrangeiros residentes

A legislação brasileira não define quem é considerado estrangeiro, contudo alguns autores que estudam o fenômeno das migrações trazem diferentes conceitos.

Mirtô Fraga (1985, p.1) define que estrangeiro é toda pessoa que não possui a nacionalidade do país em que se encontra. Já Deisy Ventura e Paulo Illes (2009) criticam o termo “estrangeiro”. Segundo eles, a palavra “estrangeiro” remete a ideia de uma pessoa estranha ou adversária em relação aos nacionais de um país.

O projeto da atual Lei Migratória (PLS 288/2013) previa no seu art. 1º, §1º, inciso I, que migrante é a pessoa que se desloca de país ou região geográfica ao território de outro país, incluindo o imigrante, o emigrante, o residente fronteiriço e o apátrida. Contudo, este inciso foi vetado pela Mensagem nº 163/2017. Consta nas razões de veto que o conceito de “migrante” seria demasiadamente amplo, abrangendo inclusive os “residentes fronteiriços”, o que estende a todo e qualquer estrangeiro, independente da condição migratória, a igualdade com os nacionais, violando a Constituição Federal em seu art.5º que estabelece a igualdade somente entre brasileiros e estrangeiros residentes.

José Afonso da Silva (2012) afirma que, quando a Constituição Federal equiparou brasileiros e estrangeiros residentes, ela garantiu que somente eles gozam do direito subjetivo relativo aos direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição. Contudo, isto não significa que o estrangeiro não-residente possa ser vítima do livre arbítrio. Para protegê-los existem outras normas jurídicas, inclusive de Direito Internacional que o Brasil precisa respeitar, conforme prevê o art.5º §2º.

O art. 26 do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos prevê que todos são iguais perante a lei, e têm direito a igual proteção da lei. A este respeito, a lei deverá proibir qualquer forma de discriminação e garantir a qualquer pessoa a igual e eficaz contra qualquer discriminação por razão de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, **origem nacional** ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação (BRASIL, 1992a) (grifo nosso).

O art. 24 da Convenção Americana de Direitos Humanos também assegura que todas as pessoas são iguais perante a lei, e como consequência têm direito, sem discriminação, a igual proteção da Lei (BRASIL, 1992b).

O art.5º §2º da Constituição Federal prevê que os direitos e garantias fundamentais previstos nela, não excluem os decorrentes de tratados internacionais que o Brasil faz parte (BRASIL, 1988).

Desta forma, é possível compreender que quando o Brasil incorporou o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e a Convenção Americana de Direitos Humanos em 1992, a igualdade perante a lei foi estendida a todos, inclusive aos estrangeiros não-residentes no país.

O art.5º “caput” da Constituição prevê a equiparação de direitos entre brasileiros e estrangeiros residentes no País, contudo o STF entende que esta equiparação deve observar os incisos do art.5º (BRASIL, 2006).

No caso do acesso à saúde, não há nenhum inciso do art.5º que restrinja o acesso ao Sistema Único de Saúde aos estrangeiros residentes no país. Sendo assim, é possível entender que o acesso à saúde também se estende aos estrangeiros residentes no país.

Em relação aos estrangeiros não-residentes, também é permitido o acesso ao sistema público de saúde. Segundo a página do Ministério da Saúde, o estrangeiro não-residente pode procurar atendimento na rede de atenção às urgências do Sistema Único de Saúde, através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e das Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) (BRASIL, 2014b).

Fabiane Vinente dos Santos (2016) analisou no seu artigo a partir do enfoque etnográfico as redes sociais unidas em torno dos casos dos imigrantes que vivem no Amazonas. O artigo reflete sobre como o Sistema Único de Saúde (SUS) atendeu às demandas colocadas por uma quantidade imprevisível de novos usuários, considerando-se os princípios em que o SUS é baseado, especialmente o da equidade. O cerne é o grande fluxo da imigração haitiana direcionado ao Brasil, iniciada em fevereiro de 2010 pelos estados fronteiriços da região Norte: Acre, Rondônia e Amazonas, focando-se neste último, descrevendo alguns aspectos do período mais crítico da imigração (entre março de 2010 e março de 2012) e sua recepção pelo SUS (SANTOS, 2016).

Tatiana Chang Waldman (2011) no seu artigo “Movimentos Migratórios sob a perspectiva do Direito à Saúde: Imigrantes Bolivianas em São Paulo” buscou reconhecer a possível existência de impedimentos ao acesso aos serviços de saúde por parte das imigrantes bolivianas residentes que vivem em São Paulo. A hipótese da autora era a de que, ainda que a universalidade do acesso à saúde seja garantida a todos pela legislação pátria, as imigrantes possuíam restrições em relação à utilização destes serviços.

As informações atingidas com a pesquisa sugerem, no entanto, que a grande maioria das entrevistadas já havia utilizado, pelo menos uma vez, algum serviço médico na cidade de São Paulo, e apontam, ainda, que foi alto o índice da demanda por medidas cautelares de promoção da saúde, principalmente o atendimento pré-natal, supondo, inclusive, um grande número de consultas para este mesmo tipo de atendimento por parte das entrevistadas. Para a produção deste trabalho, a autora além da revisão bibliográfica realizou entrevistas com vinte e oito mulheres imigrantes, no Centro de Apoio ao Migrante (CAMI/SPM), nos meses de abril e maio de 2010, que

importaram para identificar o entendimento do grupo da pesquisa com relação ao SUS e, ainda, entender a conduta do mesmo perante a legislação brasileira (WALDMAN, 2011).

Tayane Santos Weinert na sua dissertação (2015) desenvolveu uma pesquisa etnográfica sobre as práticas de saúde dos imigrantes bolivianos em São Paulo. Segundo a autora, a imigração boliviana para São Paulo surgiu no começo dos anos 1950, quando Brasil e Bolívia firmaram um programa de intercâmbio cultural. Os bolivianos imigram para o Brasil na esperança de encontrar melhores condições de vida e, quando chegam, geralmente, vão trabalhar em empresas de confecções têxteis, em condições laborais muito precárias, quase sob o regime de escravidão.

Não se conhece ao certo a quantidade de bolivianos imigrantes, porém os estudos chegam a um consenso que, atualmente, São Paulo é o destino mais demandado e que a maioria dos imigrantes que tem chegado ao Brasil são bolivianos. Os imigrantes bolivianos muitas vezes são marginalizados e excluídos da sociedade, no sentido de não ter assegurado os seus direitos universais, e o seu acesso aos serviços de saúde frequentemente é dificultado pelas questões culturais. A autora percebe que a estrutura social é extremamente relevante na relação com o sofrimento social, compreendido como a humilhação, vergonha e ausência de reconhecimento, este não tem visibilidade porque é inscrito no interior das subjetividades e não há uma distribuição coletiva (WEINERT, 2015).

Este modo de martírio é mais comum na contemporaneidade, já que há uma admiração muito forte ao individualismo, uma ascensão de um ideal pseudomeritocrático, onde há a imaginação de que todos têm chances para ter êxito social, exceder sua classe social, ter uma liberdade econômica para suprir seu consumo quando o sistema social não suporta que todos tenham esse crescimento. A autora busca entender as práticas de cuidado à saúde dos imigrantes bolivianos relacionando isto ao acesso ao serviço de saúde, a partir do que eles compreendem por saúde e o que, para eles, está relacionado a ela: medicação, bem-estar, processo saúde-doença, equipamentos e profissionais de saúde (WEINERT, 2015).

O trabalho de Weinert trata de uma etnografia realizada com os usuários bolivianos da Unidade Básica de Saúde Jd. Japão, localizada na Vila Maria, município de São Paulo. A autora realizou uma pesquisa qualitativa que lançou mão da observação participante e de entrevistas semiestruturadas para ser concretizada. Ela constatou que o emprego na vida do imigrante boliviano sustenta e marca todos os

outros acontecimentos da vida sendo o ponto central. Weinert afirma que, durante a maior parte do tempo estão trabalhando e isso é um obstáculo para se divertir ou para cuidar da própria saúde (WEINERT, 2015).

Weinert (2015) observou que eles compreendem, que a saúde é estar bem para ser capaz de trabalhar, é conseguir resistir ao que pode te destruir. Segundo a autora, eles têm a percepção de serem respeitados pelos profissionais de saúde, mas não cuidados. Quando estavam na Bolívia não iam ao médico ou a serviços de saúde, o cuidado era feito com ervas, folhas, medicamentos alopáticos. Suas práticas de cuidado à saúde não são muitas, segundo a autora, são principalmente relacionadas à alimentação. A autora percebeu uma forte questão de gênero nas relações familiares e violência contra mulher por seu companheiro sugerindo como possibilidade, estas questões, serem mais aprofundadas em novos estudos. Bem como às condições das crianças nascidas no Brasil e filhos de bolivianos (WEINERT, 2015).

Daniel Granada, Ioná Carreno, Natália Ramos e Maria da Conceição Pereira Ramos (2017) versam no seu artigo as relações entre imigração e saúde no Brasil, partindo de uma visão histórica que busca descrever uma conjuntura do debate no país desde o século XIX até a atualidade. O questionamento dessas relações ressalta os desafios das políticas sociais de acolhimento e integração dos imigrantes no mundo globalizado.

Através da revisão bibliográfica acerca da imigração e saúde na realidade brasileira e internacional, os autores procuraram prioridades que se atribuem à saúde coletiva em virtude da acentuada mobilidade humana nos dias de hoje. As desigualdades socioeconômicas evidenciam a experiência de parte dos imigrantes, e mostrando estas populações a uma maior fragilidade, adoecimento e pior qualidade de vida (GRANADA; CARRENO; RAMOS, N.; RAMOS, M.C.P., 2017).

Os autores indicam a imprescindível realização da equidade de acesso à saúde, prevenção contra a segregação, o aumento das políticas públicas, formação dos especialistas e oferta de serviços apropriados, tratando o tema das migrações como determinante social de saúde (GRANADA; CARRENO; RAMOS, N.; RAMOS, M.C.P., 2017).

Segundo Priscila Pinto (2015), o Município de São Paulo vem abrigando um grande número de imigrantes sul-americanos seduzidos, principalmente, pelos postos de trabalho nas indústrias têxteis. A autora afirma que, um número expressivo destes

imigrantes está sofrendo de tuberculose (TB). O objetivo do trabalho da autora foi estudar o perfil epidemiológico da tuberculose em imigrantes sul-americanos a partir de um tratamento espacial e espaço-temporal das situações novas informadas no município de São Paulo entre 2006 e 2013.

Segundo a autora, enquanto a incidência da patologia no município demonstrou tendência de redução no período, os casos de tuberculose entre imigrantes sul-americanos ampliaram. Os imigrantes sul-americanos mostraram piores índices de cura e maiores taxas de abandono do tratamento em relação aos brasileiros doentes de TB. A análise espacial percebeu um agrupamento espacial de alto perigo e um conjunto espaço-temporal de grande risco com área análoga que abrange hegemonicamente as regiões Norte, Nordeste e Central do município (PINTO, 2015).

Nestas áreas críticas para tuberculose em imigrantes sul-americanos detectadas, segundo a autora, o programa municipal de controle da patologia deve investir mais esforços para busca ativa de casos, para a investigação de comunicantes e para aumentar a adesão ao tratamento (PINTO, 2015).

Segundo Ana Paula Risson (2016), desde 2010, haitianos chegam ao Brasil e à cidade de Chapecó, Santa Catarina. Ao término de 2015, a conjuntura era de cerca de 60 mil haitianos residentes no Brasil e 3 mil em Chapecó. Segundo a autora, esta corrente migratória desafiou os governos municipais, estaduais e federal, pelas demandas na esfera dos direitos humanos, mobilidade humana, saúde pública, dentre outros.

Perante este novo quadro, o trabalho da autora aborda uma das perspectivas deste fenômeno multifacetado: a atenção em saúde de imigrantes haitianos, com fundamento na visão de trabalhadores da atenção básica. O objetivo geral da autora foi estudar o entendimento de agentes do Sistema Único de Saúde – SUS de Chapecó, sobre a atenção básica em saúde de imigrantes haitianos. Os objetivos específicos da autora eram: pensar sobre a condição legal e social de imigrantes haitianos no Brasil e como os pontos étnico-culturais intervêm na atenção em saúde e, entender, na perspectiva da integralidade, como é feito o cuidado em saúde de imigrantes haitianos na atenção básica (RISSON, 2016).

Os resultados do trabalho da autora demonstraram que é necessário repensar a condição legal dos imigrantes no Brasil e aprovar um novo marco regulatório de imigração, condizente com os direitos humanos e os tratando como cidadãos de direitos. Os estudos sobre a condição social dos imigrantes mostram que no município

de Chapecó pode estar em processo a construção de estigma sobre os haitianos. Este processo, segundo a autora, está diretamente relacionado com a atenção à saúde destes imigrantes, porque se os trabalhadores da saúde estigmatizam novos usuários do SUS o cuidado integral está comprometido (RISSON, 2016).

A autora constatou que nas UBS participantes da pesquisa, por conta do direito universal à saúde, haitianos tem acesso e atenção garantidos no SUS. Porém, por serem novos usuários, vem a ser necessário avançar no diálogo e na construção de ações especiais para atendimento desta população, levando em conta sua cultura e suas particularidades (RISSON, 2016).

Por fim, a autora conclui que se há probabilidades da integralidade se consumir, ela se faz por diversos agentes, serviços e saberes comprometidos com a atenção à saúde, construindo uma rede rizomática do cuidado. Nesta rede, é no estímulo de assegurar a integralidade em saúde e, por conseguinte a produção de vida, que relações com efeito de polifonia acontecem, entre os trabalhadores ou entre estes e usuários do SUS (RISSON, 2016).

3.2 Serviços de Saúde para nacionais e para migrantes

Neste tópico, serão tratadas as perspectivas que os migrantes possuem, em relação aos serviços de saúde oferecidos a eles. Sobre esse tema Tatiana Chang Waldman (2011) desenvolveu uma pesquisa com as perspectivas que os imigrantes bolivianos, que vivem em São Paulo, têm em relação ao SUS. A autora entrevistou 28 bolivianas, sendo que apenas 3 (10,7%) delas afirmaram que nunca haviam utilizado algum serviço de saúde no Brasil. O que quer dizer 89,3% (25/28) das entrevistadas utilizaram o sistema de saúde na cidade de São Paulo. A maioria delas (76%) utilizou o SUS, enquanto 24% procuraram tantos planos privados como o público.

No que diz respeito ao idioma como empecilho, pouco mais da metade (52%), afirmaram que a saúde havia sido uma barreira linguística, enquanto 48% não acreditavam que este fato era um obstáculo (WALDMAN, 2011).

Nivaldo Carneiro Júnior, Cássio Silveira, Lia Maria Brito da Silva e Maria Aparecida Shikanai Yasuda realizaram um estudo acerca da atuação e os limites dos profissionais da saúde no atendimento aos bolivianos ao SUS, com ênfase na doença de Chagas através de entrevistas aplicadas nos serviços primário, secundário e

terciário no centro da cidade de São Paulo, principal destino dos imigrantes bolivianos (CARNEIRO JÚNIOR; SILVEIRA; SILVA; YASUDA, 2018).

Os autores perceberam que existia uma forte associação do processo migratório e as inserções deficientes na malha social do qual essa coletividade faz parte, determinando sua maneira de viver. Essa circunstância é demonstrada no contato desses usuários com os serviços de saúde e é, pelos profissionais, compreendida e contextualizada no momento do atendimento (CARNEIRO JÚNIOR; SILVEIRA; SILVA; YASUDA, 2018).

Imediatamente relacionado com a questão do idioma está a falta de informação sobre o SUS. Uma agente de saúde relatou que muito frequentemente os imigrantes indocumentados, receiam buscar o SUS por medo de serem denunciados, ou evitam o atendimento por desconhecerem que é um direito deles, segundo a agente de saúde eles pensam que é privado, como é na Bolívia (STEFFENS; MARTINS, 2016).

Um dos estereótipos que os haitianos são vítimas é o de “disseminadores de doenças”, uma situação que, aliás, é comum em outros países de imigração deles, como é o caso dos Estados Unidos, onde no decorrer do apogeu da epidemia de SIDA na década de 1980 os haitianos foram tidos como “grupo de risco” (SANTANA; DANCY, 2000).

Em 2016, se apresentou uma pesquisa empírica no 1º Workshop Extremo Sul de Pesquisa Empírica em Direito. O objetivo da pesquisa foi saber a opinião dos imigrantes senegaleses que viviam em Pelotas, sobre o Sistema Único de Saúde.

No decorrer das entrevistas percebeu-se que a maioria dos entrevistados ficaram satisfeitos com o atendimento recebido no posto de saúde, contudo eles também narraram que conheciam casos de outros senegaleses que não foram bem atendidos. Eles contaram que ficaram sabendo do atendimento universal e gratuito à saúde, através da Igreja Católica e da Associação dos Senegaleses e que eram vacinados ao chegarem no Brasil. Além disso, eles falaram que não sentiram diferença entre o modo como o médico tratava o paciente no Senegal.

No dia 22 de julho de 2016, a Prefeitura de Pelotas lançou o Plano de Atenção aos Imigrantes, dividido em três linhas: ação social, cultura e oportunidades. O ex-prefeito Eduardo Leite afirmou que queria receber os imigrantes como cidadãos, com direito à atenção, à saúde e aos benefícios previstos em lei para qualquer nacional. A atenção à saúde consistiria em fornecer o atendimento nas Unidades Básicas de

Saúde e no Cartão SUS. Contudo, o Plano de Atenção aos Imigrantes acabou fracassado.

No dia 7 de fevereiro de 2018, o G1 noticiou que a venezuelanos viajam até 11 horas para receberem atendimento médico na fronteira de Roraima. No Centro de Referência da Família, o principal posto de saúde de Pacairama recebeu 9,7 mil atendimentos a venezuelanos, somente em 2017. Uma venezuelana alegou que precisava vir ao Brasil, pois segundo ela o sistema de saúde da Venezuela não funciona e o seu filho precisava realizar uma cirurgia nos pés. Outra venezuelana, que estava realizando o pré-natal regularmente no Brasil afirmou que os médicos pediatras da Venezuela recomendavam as suas pacientes realizar os retornos no Brasil, porque segundo ela, na Venezuela a saúde é precária, não havendo principalmente medicamentos (CHAVES, 2018).

Quando dois países possuem fronteiras entre si e existe disparidade em termos socioeconômicos e de oferta e qualidade de serviços de saúde, é comum que aconteça a migração pendular na procura de atenção à saúde (ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

Desta forma, a busca dos venezuelanos pelos serviços de saúde brasileiros, na cidade de Pacairama não é uma situação incomum.

De acordo com a região do Brasil, é distinta a busca de migrantes pelo SUS na fronteira. Um estudo apresentado no Caderno de Saúde do Rio de Janeiro realizado em 2005, obteve informações com os Secretários Municipais de Saúde, que declararam a presença da procura de migrantes para atendimento no SUS em 75% dos municípios (50), sendo frequente ou muito frequente em 36% (24) dos locais (GIOVANELLA; GUIMARÃES; NOGUEIRA; LOBATO; DAMACENA, 2007).

Uma questão de grande importância identificada nesse estudo diz respeito ao direito dos migrantes do Mercosul ao atendimento através do SUS às demandas para o cumprimento do direito à saúde. Sendo assim, 70% dos Secretários Municipais de Saúde declararam que todos os migrantes têm direito ao atendimento, e mais, que todo migrante teria alguma espécie de atendimento. Todavia, em 28% dos municípios fronteiriços, os migrantes são atendidos apenas em casos de emergência, tendo de retornar aos países de origem, após a assistência médica (GIOVANELLA; GUIMARÃES; NOGUEIRA; LOBATO; DAMACENA, 2007).

Levando-se em conta que o grande número de indivíduos que procuram alguma espécie de assistência é pobre, ou indigentes, e que muitos obstáculos

burocráticos dificultam ou impedem o atendimento à saúde, o que leva à utilização de subterfúgios. Por exemplo, no caso de populações indígenas vindas do principalmente no Paraguai, e que chegam aos hospitais e às emergências do SUS, necessitam agravar sua condição de saúde para que sejam assistidas como situações de emergência, pois o SUS, nessas hipóteses, é obrigado a promover o atendimento. (SCHWARTZ; FUGA, 2015).

Brasil e Uruguai firmaram o “Ajuste Complementar”, incorporado ao direito interno brasileiro através do Decreto nº 7239/2010, que tem como objetivo permitir o fornecimento de serviços de saúde humana por pessoas físicas ou jurídicas que vivem nas Localidades Vinculadas previstas no Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios (art.1º,1 do Decreto nº 5105/2004).

Estas localidades são, segundo o acordo:

1. Chuí, Santa Vitória do Palmar/Balneário do Hermenegildo e Barra do Chuí (Brasil) a Chuy, 18 de Julho, Barra de Chuy e La Coronilla (Uruguai);
2. Jaguarão (Brasil) a Rio Branco (Uruguai);
3. Aceguá (Brasil) a Aceguá (Uruguai);
4. Santana do Livramento (Brasil) a Rivera (Uruguai);
5. Quaraí (Brasil) a Artigas (Uruguai);
6. Barra do Quaraí (Brasil) a Bella Unión (Uruguai) (ANEXO DE LOCALIDADES VINCULADAS) (BRASIL, 2010).

O art.1º do Ajuste Complementar do Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde prevê no seu §2º que também que:

[...] A pessoa física ou jurídica contratada somente admitirá pacientes residentes nas zonas urbanas, suburbanas ou rurais de uma das Localidades Vinculadas mencionadas no parágrafo anterior, mediante a apresentação da documentação que confirme sua identidade e domicílio expedida por autoridade policial correspondente ou outro documento comprobatório de residência, como o Documento Especial de Fronteiriço (BRASIL, 2010)

O que se percebe é precisamente que os habitantes das cidades gêmeas, dentro de uma faixa de 20 km da fronteira têm acesso a uma integração em termos de serviços de saúde, o que não quer dizer a dispensa do acesso completo dos fronteiriços do sistema de saúde da outra parte, e tampouco que haja alcance total nos atendimentos por parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (BÜHRING, 2016).

No entanto, percebe-se que o imigrante enfrenta duas grandes dificuldades para que possa ter acesso ao SUS, a primeira ocorre em virtude de ser migrante, pois existe a ideia de o imigrante ser um “peso” para a sociedade, já a segunda é a falta de documentos que é situação comum. (JESKE; SPAREMBERGER, 2016).

3.3 O futuro do SUS: uma questão de bioética e justiça social

Este tópico aborda as perspectivas acerca do futuro do SUS, segundo a bioética a partir do seu papel de promoção do bem comum e da justiça, na esfera da saúde.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO atua no âmbito das questões de ética motivadas pela medicina pelas ciências da vida e pelas tecnologias que lhes estão ligadas, aplicadas aos seres humanos, levando em consideração as suas dimensões social, jurídica e ambiental (art.1º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos).

A bioética, desde o seu surgimento, privilegiou o respeito pela autonomia individual e pela proteção da privacidade. Apesar da proteção dos direitos individuais ter relevância na prática clínica e no estudo com os seres humanos, políticas públicas de saúde e de pesquisa, em contraste, enfatizam os interesses da população como um todo e na proteção de grupos de pessoas que estão em risco em virtude de doenças infecciosas, deficientes condições de saúde, por exemplo, idosos, grupos vulneráveis e minorias étnicas e epidemias (HIV/AIDS, Ebola, etc.) (PESSINI, 2017).

O princípio da justiça na Bioética representa um meio eficaz para dar acesso indistinto e irrestrito a todos aqueles que, em função de suas vulnerabilidades sociais, financeiras e culturais não possuem as condições, com recursos próprios de obter as prestações dos serviços de saúde (GEWEHR, 2008).

A saúde se constitui num serviço de relevância pública e, portanto, a partir do princípio da universalidade, o atendimento deve ser prestado de forma igualitária e gratuita a todos os pacientes e a qualquer tipo de patologia, mesmo que de alto custo e de grande complexidade (BRAUNER, 2008). Deve-se assegurar o acesso equânime, justo e universal aos benefícios dos serviços de saúde.

Baseada na ideia coletiva de pertencimento a uma mesma sociedade e em políticas cidadãs participativas que beneficiam a maioria, tendo como consequência o

bem comum, a bioética brasileira tende à reintegração de conceitos como qualidade de vida, indagando a relação sociedade-indivíduo e reconhecendo o sujeito como copartícipe do processo saúde-doença, baseado em uma autonomia como princípio não absoluto, porém como hipótese estabelecida na relação clínico-sistêmica; na aliança interpessoal tidas como iguais em sua humanização; e no comprometimento profissional como beneficência apoiado na solidariedade crítica para com o outro vulnerado (GOMES; APARISI, 2017).

A bioética é convocada a discutir problemas provenientes de novas subjetivações sócio-históricas, como os referentes ao jogo de interesses utilitaristas, que, sob a ética de mercado, passam a controlar a decisão profissional. Fundado em princípios bioéticos organizados no campo das pesquisas com seres humanos já na década de 1970, são reavaliados princípios bioéticos direcionados à relação profissional-paciente - autonomia, beneficência e justiça. Princípios que, aplicados pela bioética clínica na configuração de um contrato individualizado, não aparentam suficientes para desempenhar o cuidado no âmbito público da saúde, baseado em valores coletivos e sociais (GOMES; RAMOS, 2015).

O estudo em saúde e o aprimoramento de produtos e processos destinados à proteção da saúde dos indivíduos tornaram-se preocupações recorrentes das sociedades contemporâneas. A época da biotecnologia se impôs de maneira irreversível trazendo uma enorme expectativa de conquistas científicas aplicáveis à cura de patologias e a qualidade de vida humana (BRAUNER, 2008a).

A divisão entre o ser humano e o seu corpo possibilita a instrumentalização e a domesticação do corpo humano. Obrigando-se encontrar o modo de garantir que o organismo humano seja respeitado e protegido não se tornando uma mercadoria, com o objetivo de edificar-se um sistema jurídico voltado para as respostas aos novos e polêmicos dilemas da modernidade (BRAUNER, 2008b).

O equipamento e a preparação tecnológica de um sistema de saúde, que precisa de uma indústria farmacêutica e de aparelhagem médica, indubitavelmente conduziu a crises, tal qual a mecanização da agricultura racionalizada pela economia empresarial. Contudo, essas crises mais lembraram a lógica da ação médica ou do trato ecológico com a natureza de que a excluíram. A força legitimadora das formas “clínicas” de ação, clínicas no sentido mais amplo, aumenta à medida que sua relevância social diminui. Neste momento, a pesquisa genética e o desenvolvimento

da técnica genética são justificados à luz de objetivos biopolíticos relativos à nutrição, à saúde e ao prolongamento da vida (HABERMAS, 2010).

Em contextos como o do Brasil e da América Latina, ademais de ter como finalidade a educação permanente da ética e a factível avaliação coletiva da moralidade referentes às interferências na vida humana, a bioética é provocada a responder aos conflitos morais provenientes de políticas públicas – como as neoliberais – que agravem as incomensuráveis desigualdades sociais historicamente formadas. Passa, então, a perguntar a verdadeira colaboração desse novo contexto de funcionamento prático da discussão contemporâneo da ética para o aperfeiçoamento das práticas em saúde; a formação de uma ética cívica e de proteção ao outro vulnerável; o auxílio na dialogicidade entre paciente/usuário-profissional-serviço de saúde; assim como o sentido mais amplo de salvaguarda à própria existência humana e planetária (GOMES; APARISI, 2017).

Nessa nova perspectiva são instituídas outras formas de se entender a discussão bioética: bioética da proteção – defende a relevância do Estado protetor como garantia de qualidade de vida, dando primazia aos vulneráveis como pessoas que não possuem meios que os habilitam para realizar sua vida, em que a equidade é compreendida como condição *sine qua non* para efetivação do próprio princípio de justiça com alcance de igualdade (SCHRAMM, 2008); bioética da intervenção – admite o conjunto social como área legítima de estudos e intervenção bioéticos, discutindo as relações de poder entre pessoas, grupos e segmentos, e os padrões éticos que regulam tal relação (PORTO; GARRAFA, 2011); bioética clínica ampliada – parte do escasso debate bioético acerca da atenção primária em saúde, em que se opera a densidade das relações intersubjetivas em oposição ao apogeu do referencial principialista, que trata da assistência terciária e da biotecnologia (ZOBOLI, 2009).

Segundo Gomes e Ramos, a estrutura bioética de uma nova e necessária relação intersujeitos, com direitos e deveres mútuos coletivos/individuais, deve superar a fala político-liberal dos direitos, deveres, contratos e grupos de interesse, para uma excelência clínica coletiva que: 1- Requeira a formação de uma relação anterior à mera relação contratual: uma aliança intersujeitos-iguais em um âmbito SUS-dependente; um compromisso humanitário com o outro diferente e/ou vulnerado; e uma solidariedade dedicada à construção de uma nova dialogicidade no horizonte da saúde coletiva. 2- Delata o descabimento do vínculo mercadológico do contrato-liberal ao “dever ser” público-gratuito; reedifica um saber-poder horizontalizado, com novo

entendimento inclusivo, interdisciplinar e benfeitor; e estimula ligações sociais sob uma solidariedade baseada na ação coletiva. 3- Assinala a indispensabilidade da solidariedade, da aliança e do engajamento como hipótese, que deve se tornar real (GOMES; RAMOS, 2017).

Um conceito de solidariedade exposto pelo Conselho de Bioética Britânico Nuffield, afirma o seguinte: “solidariedade são práticas compartilhadas que refletem um compromisso coletivo de assumir os custos, sejam estes, financeiros sociais, emocionais, ou outros, para assistir os outros”. É relevante lembrar que solidariedade é compreendida neste caso como uma prática e não simplesmente como um sentimento interno ou um valor abstrato, e como tal impõe ações. Razões, sentimentos como compaixão e identificação frente a situação miserável e/ou de sofrimento do outro, não exprimem plenamente a definição de solidariedade, salvo se expressados em atos. O termo custo é compreendido como uma ampla gama de contribuições que os grupos ou indivíduos fazem para ajudar os outros. Em outro documento sobre demência, o Conselho Britânico de Bioética, conceitua solidariedade como a noção de que “somos todos parceiros-viajantes e que temos o dever de nos apoiar e ajudar uns aos outros, em particular aqueles que não têm condições de ajudar-se a si próprios”. A solidariedade, se destaca para “as pessoas mais marginalizadas da sociedade, ressaltando-nos que dividimos da mesma situação ‘humana’ e de vida e que aqueles que são os mais vulneráveis, precisam de atenção especial” (PESSINI, 2017).

A integração das novas competências da LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação) e Diretrizes Curriculares Nacionais, traz a necessidade de o aluno “cultivar uma relação nova com a comunidade, baseada na atenção, na confiança, no respeito e no cuidado” (COSTA; ARAÚJO, 2011). Procedimento que torna claro o papel indutor do Estado e de outros fatores dependentes no fortalecimento da autonomia dos indivíduos: leis e políticas públicas, funcionamento da economia, cultura e valores, acesso à informação e capacidade crítica” (CAMPOS, R.T.O; CAMPOS, G.W.S, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família, tecnologias cooperativas, modelos administrativos de coordenação e participação social assumem sentido contrário ao dominante como medidas humanizadoras, condutoras favoráveis de valores solidários e cívicos que presumem um padrão democrático de maior comprometimento e entusiasmo profissional (FRANCO; HERNAEZ, 2013). A Estratégia de Saúde da

Família tem como objetivo promover a qualidade de vida da população brasileira e interferir nos fatores que põem a saúde em risco, como ausência de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018d).

Como as referências da bioética dirigem-se para as exigências das realidades em que se inserem – uma situação de grande desigualdade social e de ausência de garantias básicas de direitos humanos identificadas nos países emergentes como os latino-americanos – fornecem um campo produtivo para a construção da chamada bioética social brasileira. Refere-se a um amplo campo de debate da bioética que termina por intervir novas concepções de princípios bioéticos, muito além da bioética principialista, estabelecendo-os, particularmente, com a aprovação da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da Unesco, em 2005. Essa nova visão bioética é dirigida por constitutivas solidário-libertárias que buscam adaptar os problemas bioéticos onde eles ocorrem e numa perspectiva apoiadora dos direitos humanos e sociais, o que se atribui como características principais a justiça social e a cidadania, a equidade na efetivação das políticas públicas como a saúde e o reconhecimento da finitude dos recursos naturais (HELMANN; VERDI, 2012).

A série de debates e participações é aumentada, mais precisamente nos conselhos de saúde e comitês de bioética, aperfeiçoando novas ações afirmativas, de organização e compromisso para elevar a responsabilidade coletiva na edificação e cumprimento das políticas públicas – o que faz a determinação coletiva sobre questões éticas ter centralidade. O parecer profissional que era condescendente e privado em ato é gradualmente desenvolvido como decisão coletiva e socialmente ativa, o que propõe a obrigação de uma nova excelência profissional, ademais do simplesmente técnico e clínico individual. Na busca por alternativas opostas à maneira de ser e agir contratual, a bioética desenvolve o debate sobre a indispensabilidade de um novo diálogo que aceite a reciprocidade entre seres dotados de competência comunicativa, baseada no entendimento do comum como motor da ação; do compromisso na decisão que presume indispensabilidade de convencimento mútuo; e da atuação com sentido e legitimidade social (GOMES; APARISI, 2017).

Nesse aspecto, a bioética brasileira assume papel dominante para transformação da superioridade profissional em coletivos de deliberação organizado numa solidariedade crítica – que leve em conta o bem-estar da população – e no

engajamento com o público-social. Particularmente quando a potência criativa, participativa e dialógica de públicos profissionais embatem na condição pós-moderna de individualização e sociabilidade (HARVEY, 2011).

Uma questão importante relacionada a bioética é a ideia de justiça sanitária. Ela pode ser exemplificada através de casos em que os cidadãos buscam ser reconhecidos como portadores de uma patologia que lhes teria de assegurar uma integralidade de direitos (previstos na Constituição ou em leis específicas), ou exigem ação sobre situações que atingem a sua saúde (NUNES, 2009). Desta forma, pode-se falar em justiça sanitária quando o Sistema Único de Saúde tiver a capacidade de atender qualquer pessoa, visto que o SUS é regido pelo princípio da universalidade. Sendo assim, é importante a busca pela justiça sanitária.

Euclides Etienne M. Arreguy e Fermin R. Schramm no seu artigo “Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela bioética da proteção” (2005) estudam o conflito existente entre os três princípios morais e políticos que orientam o Sistema Único de Saúde: a universalidade, a igualdade e a integralidade. O tema é classificado no campo da Bioética da Saúde Pública, fazendo a revisão de algumas pesquisas já feitas sobre esta questão com a finalidade de pensar se os princípios do SUS são coerentemente consistentes e basicamente harmônicos entre si, ou se, de outro modo, são sensatamente incompatíveis e praticamente supressivos.

Os autores para atingir o objetivo de seu trabalho utilizaram as teorias de John Rawls e Amartya Sen, para abordar o conceito de justiça e a questão da universalidade igualitária ou compensatória (conforme a concepção da justiça como equidade), das ações de políticas públicas. Além das teorias de Rawls e Sen, os autores acreditaram caber a referência a um outro modelo bioético para tentar equilibrar o problema da justa distribuição de recursos finitos, qual seja, o Princípio da Proteção apresentado por Schramm & Kottow (ARREGUY; SCHRAMM, 2005).

Arreguy e Schramm (2005) afirmam que, os avanços na área da saúde foram limitados e com custos cada vez mais insustentáveis. Desta forma, os autores concluem que não é possível aplicar a Lei do SUS na sua totalidade, sem que ocorra algum conflito no mínimo um, ou outro, dos princípios morais que orientam a igualdade, a universalidade e a integralidade. A bioética instituída com o objetivo de entender e acabar com conflitos de interesses e valores no âmbito da saúde, consiste em um instrumento indispensável para ajudar a prática de gestão de serviços públicos de saúde. Até mesmo, em sua dimensão analítica, descobrindo inadequações entre

preceitos norteadores das práticas sanitárias, especialmente quando tais incoerências são capazes de conduzir ao impasse prático na solução de problemas sanitários importantes.

Katia Guerra e Miriam Ventura (2017) no seu artigo “Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países” estudaram os aspectos bioéticos relacionados à efetivação do direito humano ao acesso aos serviços de saúde pelos imigrantes no Brasil. As autoras analisaram pesquisas empíricas sobre o acesso à saúde pelos imigrantes realizadas em São Paulo e na tríplice fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai). Guerra e Ventura entenderam que a edição e o melhoramento constante de normas e práticas são indispensáveis para que se atinja a responsabilidade ética com este grupo e o acesso à saúde no Brasil se fortifique como um direito fundamental universal, especialmente nas regiões de fronteira.

É de grande importância que as políticas de saúde sejam concebidas e efetivadas de acordo com as demandas das populações migrantes, e que os profissionais das unidades de saúde sejam adequadamente instruídos e preparados para operar junto a eles (GUERRA; VENTURA, 2017).

Para as autoras, as regras e princípios internacionais dos direitos fundamentais são associados pela Bioética ao admitir a obrigação de protegerem a dignidade da pessoa humana e garantir valores indispensáveis comuns como a saúde. Sob a perspectiva da bioética das práticas assistenciais e políticas relativas aos imigrantes no Brasil, a pesquisa demonstra que o país vem buscando cumprir o direito humano à saúde não somente para os imigrantes originários do MERCOSUL, mas também para o de outras nacionalidades (GUERRA; VENTURA, 2017).

Quando se discute futuro do acesso à saúde pelos migrantes, é indispensável que se fale em uma bioética da proteção. Conforme, se afirmou anteriormente a bioética da proteção tem como objetivo é a de dar amparo a quem necessita, ou seja, garantir a proteção daquelas pessoas consideradas vulneráveis, como é o caso dos migrantes. Sobre a bioética da proteção o art.8º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, traz a seguinte redação:

Art. 8º Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a

integridade pessoal dos indivíduos em causa (COMISSÃO NACIONAL DA UNESCO, 2005, p.8).

Outra questão importante é relação entre o direito à saúde e a justiça social. Nesta relação a saúde pode levar a justiça social, ao mesmo tempo em que a realização da justiça social auxilia no cumprimento do direito à saúde. Esse raciocínio presume a saúde como bem-estar, capacidade e qualidade de vida, conduzindo ao total exercício dos direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais e tendo como instrumentos condutores as diretivas dos direitos fundamentais e o alicerce de preceitos e direitos humanos para a justiça social enquanto liberdade, desenvolvimento e paz (D'ÁVILA; SALIBA, 2017).

Todavia, o triunfo desta jornada, não depende exclusivamente da consolidação dessas concepções na sociedade, mas também da realidade facilitadora ou dificultada em que ocorre a procura pelo cumprimento do direito à saúde e da justiça social, considerando-se as ressalvas e dificuldades existentes; o contexto socioeconômico e político; a formalização e garantia ou a descumprimento de direitos; a existência de instituições e instrumentos para que se assegure direitos e as formas de luta e cidadania presentes (D'ÁVILA; SALIBA, 2017).

O problema da não efetivação do direito à saúde vai além da instituição do SUS e que a liberdade, como capacidade de cumprir direitos, além disso define demasiadamente as chances de execução desses mesmos direitos. A injustiça social, a discriminação, o analfabetismo, a abordagem das incapacidades física e mental e outras formas de limitação instituem uma prisão tácita, desvelado apenas pela democracia, pela solidariedade e pela participação cidadã (D'ÁVILA; SALIBA, 2017).

Para que se entenda a justiça social, é necessário compreender a diferença entre equidade e igualdade. A igualdade relaciona-se ao que se quer atingir com a justiça, quais são os significados e o que igualar para finalidade de justiça, à medida que a equidade está associada às estratégias de estudo ou às políticas públicas que tem como objetivo vencer a desigualdade entre aqueles que atingiram e os que não atingiram a igualdade desejada (RIBEIRO, 2015).

Sendo assim, é possível afirmar que a equidade e igualdade se diferem, no que diz respeito às questões de justiça, ao passo que, com base no pensamento de Aristóteles, quer dizer que se deve tratar os iguais de forma igual (equidade horizontal) e os desiguais de forma distinta (equidade vertical) (LUES, 2003).

No âmbito da saúde, a equidade horizontal pode ser exemplificada como “igualdade de tratamento para necessidades iguais”, e a equidade vertical como “desigualdade de tratamento na medida em que os que recebem tratamento são desiguais (DENIER, 2007, p.44).

Nos estudos acadêmicos no que diz respeito à equidade em saúde, prevalecem pesquisas empíricas sobre a desigualdade em saúde, especialmente relacionado ao acesso à saúde e aos serviços de saúde, que não trazem um significado de equidade em saúde (RIBEIRO, 2015).

3.4 Possibilidades de acolhimento do imigrante nos sistemas de saúde

No tópico anterior tratou-se da importância da Bioética e da Justiça Social no Sistema Único de Saúde. Contudo, para que isso se concretize é necessário que o SUS acolha todos os seus usuários. Este tópico trata de como é possível acolher o migrante no SUS.

A migração ocorre quando o indivíduo deixa seu país de origem em busca de melhores condições de vida em outra pátria. Sendo assim, optar pela migração é uma decisão muito difícil para as pessoas, porque implica passar a viver em outro país, deixando amigos e a própria família, ou pelo menos parte dela. Além disso, o imigrante necessita se adaptar com os costumes e o idioma do novo país, que muitas vezes é muito diferente de seu país de origem. Portanto, pode-se afirmar que o imigrante é um indivíduo vulnerável no país de migração.

Conforme dito, a migração exige a adaptação de costumes, dentre eles está a maneira como o seu país de origem trata a questão da saúde e como isto é tratado no novo país.

Sendo o imigrante um indivíduo vulnerável, a sociedade deve ser solidária com ele, ou seja, parte-se do princípio que todos somos humanos e que devemos auxiliar aqueles que se encontram em uma situação de vulnerabilidade.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos prevê no seu art.13: “A solidariedade entre os seres humanos e a cooperação internacional nesse sentido devem ser incentivadas”.

Ana Cristina Braga Martes e Sarah Martins Faleiros (2013) desenvolveram uma pesquisa sobre o acesso à saúde dos bolivianos em São Paulo, fazendo uma comparação com o sistema boliviano. A Constituição da Bolívia de 2009 prevê a

criação de um sistema universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, com qualidade. No entanto, em 2013 o sistema ainda não havia sido implementado.

Os bolivianos que vivem no Brasil utilizam o SUS, sendo os serviços mais procurados: a vacinação, a pediatria e o parto. A maioria dos pacientes bolivianos são mulheres, especialmente gestantes, da mesma forma bebês e crianças (MARTES; FALEIROS, 2013).

Na Bolívia, as mães não são informadas sobre os riscos de contaminação dos filhos, sendo assim as crianças crescem sem vacinação. Já o Brasil, possui uma rede de hospitais maior e com mais recursos, além de um maior número de unidades de saúde. Os bolivianos destacam que para doenças leves como resfriado e gripe comum, eles utilizam chás e remédios caseiros, visto que faz parte da cultura boliviana (MARTES; FALEIROS, 2013).

Jameson Martins e Isadora Steffens (2016) desenvolveram um artigo sobre as dificuldades enfrentadas pelo município de São Paulo, na esfera da atenção à saúde, a chegada e a permanência dos migrantes.

Em São Paulo, os migrantes chegam às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de maneira voluntária, orientados pelos agentes comunitários (no caso, do Programa Saúde da Família – PSF) ou através de entidades da sociedade civil, como a Missão Paz, o Centro de Apoio e Pastoral do Migrante (CAMI), e o Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Migrante (CDHIC) (STEFFENS; MARTINS, 2016).

Percebeu-se que os imigrantes enfrentam diversas adversidades nas UBS, como dificuldade em se comunicar, discriminação, despreparo dos agentes de saúde, ausência de informação sobre o Sistema Único de Saúde para os imigrantes, desatenção entre os altos cargos de saúde para o assunto, para mais de carência de dados (STEFFENS; MARTINS, 2016).

Uma das situações que pode gerar xenofobia é tratar a experiência migratória como transtorno psiquiátrico. Segundo Felicia Knobloch (2015), podem ser identificadas questões específicas, no que diz respeito a saúde mental dos migrantes e refugiados. No entanto, a autora percebe que em recentes produções clínicas, teóricas e técnicas, há um discurso que tenta inserir a experiência migratória em categorias de transtornos psíquicos.

Esse argumento, recorreu as questões da saúde e condições clínicas por meio de categorias psiquiátricas para dar legitimidade e visibilidade jurídica ao imigrante,

ao asilado e ao refugiado, e desta forma incluí-los em um sistema onde eles não têm lugar subjetivo, social, jurídico e político (KNOBLOCH, 2015).

O fato da inclusão social acontecer através de via médica-psiquiátrica faz com que se corra o risco de ter como normal um discurso patologizante da experiência migratória. Desta forma, o próprio discurso acerca dos cuidados em saúde mental do imigrante e refugiado pode contribuir para o surgimento de dificuldades que aqui surgem, sendo um debate muito complexo (KNOBLOCH, 2015).

Pesquisas internacionais mostram que imigrantes, têm menos acesso às políticas de prevenção e promoção de saúde que os nacionais da sociedade de destino. Dentre os empecilhos descritos estão os obstáculos de comunicação entre profissional e imigrante; as discordâncias no entendimento e explicação etiológica da questão; a invisibilidade social da população imigrante; e o desconhecimento do imigrante acerca da lógica de funcionamento do sistema de saúde (JIBRIN, 2017).

O SUS é o modelo de acesso à saúde pública na realidade brasileira, e as unidades básicas e centros de saúde representam sua porta de entrada. Com base nisso, as dificuldades enfrentadas por imigrantes no acesso aos serviços de saúde iniciam na atenção primária. O acolhimento (termo propagado em época de fluxos migratórios) mais do que sua incumbência linguística social, determina um procedimento de trabalho relevante incluído nas previsões da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, de 2003 (JIBRIN, 2017).

Ademais da oferta de serviços em geral, o acolhimento é a chance de uma oitiva qualificada ao indivíduo em sofrimento. Corresponde no encontro que pode fortalecer os recursos de saúde da pessoa ao passo em que age no objetivo da promoção de saúde e prevenção de riscos (JIBRIN, 2017).

Segundo Fabiane dos Santos, em relação ao acesso dos haitianos ao SUS no Amazonas, a autora defende que a falta de diretrizes e de harmonização dos agentes responsáveis pela realização das políticas de saúde se, por um lado, não pôs barreiras aos atendimentos desses indivíduos, por outro, impossibilitou a melhor eficácia de ação do sistema. Os casos positivos de SIDA identificados na coleta de sangue feita em 2012, em uma pequena parte de imigrantes, conforme visto, demonstra que a administração pública, embora tenha sustentado a mídia com notícias alarmistas, pouco realizou para motivar-se para atuar de maneira mais incisiva, o que poderia ser concretizado com a instituição de protocolos para execução de exames nos recém-chegados na fronteira e assistência médica dos casos positivos (SANTOS, 2016).

Percebe-se que no Brasil, apesar dos imigrantes terem acesso ao SUS, eles enfrentam muitas dificuldades como xenofobia e dificuldades de comunicação em virtude do idioma que muitas vezes faz com que o paciente não entenda o médico. Contudo, é importante demonstrar como funcionam os sistemas de saúde estrangeiros.

3.5 Atendimento à saúde do migrante em outras legislações

Nesse item serão apresentadas brevemente, e à título exemplificativo, as soluções adotadas pelo sistema de saúde de alguns países, especialmente o do Uruguai; Senegal; Haiti, Estado Unidos da América e de Cuba, para o atendimento da saúde dos migrantes, nos respectivos territórios

O sistema de saúde do Uruguai possui uma rede médica de boa qualidade. Montevidéu, por exemplo, possui boa rede de hospitais que dispõe, até mesmo, com áreas especializadas no atendimento de pacientes especiais, que se destacam no nível de serviços prestados. Contudo, cidadãos migrantes são obrigados a serem atendidos somente pelo sistema de saúde privado uruguaio, o que pode onerar o turista em valores significativos. Nas áreas próximas à fronteira, sugere-se que cidadãos brasileiros procurem tratamento médico no Brasil (BRASIL, 2018).

No Senegal, país de origem de muitos imigrantes que vivem no Brasil, o atendimento médico é realizado por clínicas privadas e, mesmo nessa situação, o país não possui infraestrutura desenvolvida para realização de exames diagnósticos mais apurados e cirurgias de maior risco. Comumente, em hipóteses de maior magnitude, o paciente é levado para o país mais próximo que seja capaz de fornecer esses atendimentos (BRASIL, 2018).

O custo saúde em Dacar (capital senegalesa) é alto. Os dois hospitais públicos em Dacar possuem bons equipamentos e possuem uma boa equipe médica, não tendo, entretanto, pessoal técnico com competência suficiente para o atendimento da procura. Uma consulta custa 25,000 FCFA (aproximadamente em USD 50,00) (BRASIL, 2018).

No Haiti, outro país de origem de muitos imigrantes que estão no Brasil, existem algumas clínicas particulares no país, que cobram valores altos para o tratamento. A grande parte dos médicos, hospitais e clínicas estão em Porto Príncipe (capital do país). Os hospitais públicos são restritos e com poucos equipamentos. Fora da capital,

não há atendimento médico. As limitações médicas do Haiti devem ser levadas em conta por cidadãos brasileiros que desejam conhecer o país. Em determinadas situações, o tratamento poderá ser realizado apenas em outro país, motivo pelo qual pode tornar-se necessário adquirir serviço de evacuação médica (BRASIL, 2018).

Nos Estados Unidos, não existe sistema de saúde gratuito. Os hospitais possuem boa infraestrutura e são bem equipados, mas o acesso à saúde é muito caro, e os estadunidenses geralmente contratam planos de saúde. Todos os hospitais dos Estados Unidos devem aceitar e tratar as emergências médicas independentemente da capacidade de pagamento do paciente. Contudo, o cidadão hospitalizado ou a sua família, no entanto, são comunicados dos valores que devem ser pagos pela assistência médica fornecida (BRASIL, 2018).

O modelo de proteção social na atenção à saúde dos Estados Unidos se dá através de três sistemas distintos, aos quais se vinculam a grupos sociais diferentes: a população que possui um trabalho formal, especialmente em médias e grandes empresas, tem acesso ao sistema de seguro privado de saúde contratado pelas empresas; os aposentados têm direito a usufruir dos serviços médico-hospitalares oferecidos pela rede vinculada ao programa Medicare, gerido pelo governo federal; já a população de baixa renda, mediante a apresentação de atestado de pobreza, tem acesso aos serviços prestados pela rede hospitalar contratado pelo programa Medicaid, que é administrado pelos estados (NORONHA;UGÁ, 1995)

O Programa Medicaid, de competência estadual, é financiado por esta esfera do governo, mas também recebe transferências específicas do governo federal, proporcionalmente ao nível de pobreza do estado. Apesar de possuir financiamento estatal, a prestação direta dos serviços de saúde é realizada em sua maioria por hospitais privados contratados pelo Medicaid (NORONHA; UGÁ, 1995).

O Programa Medicare de competência federal, e conforme já dito, destinado aos aposentados é financiado pelo governo federal. Contudo, os serviços do programa são prestados em sua maioria por hospitais privados. O Medicare possui dois sistemas de cobertura o de adesão compulsória e o de adesão voluntária (NORONHA; UGÁ, 1995).

A parte do programa de adesão compulsória, garante apenas parte das despesas de hospitalização, excluindo alguns itens importantes como os honorários do médico, e ainda requer copagamento do usuário (NORONHA; UGÁ, 1995).

A outra parte do programa que é de adesão voluntária, trata de um programa de seguro médico complementar. Esta parte do programa cobre honorários médicos, serviços domiciliares, de diagnóstico radiológico, entre outros (NORONHA; UGÁ, 1995).

Em 2010, o ex-presidente estadunidense Barack Obama aprovou o “The Patient Protection and Affordable Care Act”, que ficou conhecido como Obama Care. A lei oferecia inúmeros direitos e proteções que tornavam a cobertura de saúde mais justa e fácil de entender, junto com subsídios (através de créditos fiscais premium” e “reduções de compartilhamento de custos”) para torná-la mais acessível (PATIENT..., 2018).

Com a lei, as seguradoras ficaram vedadas de negar planos de saúde (ou exigir taxas extras) a indivíduos com histórico de patologias ou que não cumprissem certos critérios prévios. Em 2016, o Obamacare beneficiava 20 milhões de pessoas, e a expectativa era de chegar a 50 milhões em 2019, contudo o governo de Donald Trump revogou o Obama Care e instituiu um novo sistema (CINCO..., 2014).

O Programa de Trump gera um sistema de créditos fiscais com o objetivo de auxiliar as pessoas a comprarem seguros de saúde. A oposição de Trump alega que os créditos fiscais são inferiores aos subsídios integrados nos prêmios do Obamacare, especialmente para os americanos idosos que ainda são usuários do Medicare. Todavia, o Programa de Trump conservou dois dispositivos do Obamacare. Um autoriza aos dependentes permanecerem no plano de seguro dos pais até os 26 anos de idade; o outro não permite que as companhias de seguro recusem a cobertura a qualquer indivíduo devido a condições preexistentes, apesar de alguns analistas tenham demonstrado preocupação que as reformas apresentadas para proteger estes pacientes sejam inadequadas (COMO..., 2017).

Em Cuba, o sistema público de saúde é universal, conforme dispõe o art.50 da Constituição de Cuba:

Art.50 Todos têm direito a que se atenda e se proteja a sua saúde. O Estado garante esse direito: com a prestação de assistência médica gratuita (...), mediante a rede de instalações de serviço médico rural, dos policlínicos, hospitais, centros profiláticos e de tratamento especializado; com a prestação de assistência estomatológica gratuita; com o desenvolvimento dos planos e divulgação sanitária e de educação para a Saúde, exames médicos periódicos, vacinação geral e outras medidas preventivas da doença. Em estes planos e atividades coopera toda a população através das organizações de massas e organizações sociais (CUBA,1976, tradução nossa).

Apesar do sistema cubano ser universal, a assistência médica ocorrerá conforme a situação dos estrangeiros no país. Os estrangeiros com residência permanente no país, possuem os mesmos cuidados preventivos e curativos dos cidadãos cubanos. Já os que possuem residência temporária, ou se encontrem em situação de trânsito ou visita, recebem atenção médica conforme as disposições estabelecidas para cada caso (art.14 Ley 41/1983 de Cuba, tradução nossa).

O governo brasileiro recomenda a seus nacionais que caso o viajante necessite de tratamento médico em Cuba, que se dirija ao hospital destinado somente para estrangeiro, que é o Hospital Cira Garcia. Além disso, afirma que o serviço médico costuma ser de boa qualidade. O valor de uma consulta varia entre 25 CUC e 40 CUC (moeda cubana), conforme o hospital ou clínica (BRASIL, 2018).

Uma marca do sistema de saúde cubano é a sua Cooperação Médica Internacional, sendo esta efetivada pela colaboração direta de profissionais de saúde cubanos no estrangeiro e pela formação de profissionais migrantes em Cuba e em suas pátrias (MADUREIRA, 2010).

Contudo, apesar de Cuba exportar médicos para muitos países, os profissionais recebem apenas uma pequena parte do valor dos contratos que Cuba tem com esses países, inclusive com o Brasil. Em 2016, pelo menos 150 médicos cubanos ajuizaram ações em tribunais brasileiros contestando o acordo entre Brasil e Cuba. Os médicos cubanos estão exigindo que sejam tratados como trabalhadores independentes, recebendo salários plenos, e não sendo agentes do Estado cubano (LONDOÑO, 2017).

Além do acolhimento de migrantes por diversos países, existem também organizações internacionais que exercem este papel, como é o caso do Médico Sem Fronteiras (MSF).

O MSF é uma organização humanitária internacional que leva cuidados de saúde a pessoas afetadas por graves crises humanitárias. Também é missão de MSF chamar a atenção para as dificuldades enfrentadas pelos pacientes atendidos em seus projetos (MÉDICOS SEM FRONTEIRAS, 2018).

A organização foi estabelecida em 1971, na França, por jovens médicos e jornalistas, que participaram como voluntários no final da década de 1960 em Biafra, na Nigéria. Enquanto atendiam vítimas durante uma guerra civil terrível, os profissionais notaram as carências do auxílio humanitário internacional: a dificuldade

de acesso ao local e os conflitos burocráticos e políticos, que ocasionavam com que muitos permanecessem em silêncio, ainda que perante situações absurdas. MSF nasce, então, como uma organização humanitária que vincula assistência médica e comoção das pessoas sobre o sofrimento de seus pacientes, dando publicidade a contextos que não podem se manter ignorados. Em 1999, MSF recebeu o prêmio Nobel da Paz (MÉDICOS SEM FRONTEIRAS, 2018).

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo geral analisar o acesso ao Sistema Único de Saúde pela população migrante. Para isso estipulou-se como objetivos específicos: estudar o acesso ao Sistema Único de Saúde; analisar o direito à saúde na Lei de Migração e no seu Regulamento; pesquisar sobre as políticas públicas de saúde direcionadas à população migrante; analisar a posição da população migrante em relação ao SUS; estudar influência dos projetos de lei e da Emenda Constitucional nº 95 para o futuro do SUS; analisar a relevância da bioética e da justiça social no acesso à saúde pelos migrantes; e por fim comparar o acolhimento que o SUS dá aos imigrantes em relação à alguns sistemas de saúde estrangeiros.

O surgimento do Sistema Único de Saúde, que se deu graças ao movimento da reforma sanitária, surgiu nos anos 1980 que exigia que o governo criasse um sistema público de saúde que abrangesse toda população. Nesta época, a saúde pública estava vinculada à previdência social, ou seja, só tinha acesso à saúde quem contribuía para o extinto Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), o serviço de saúde era prestado por outra autarquia federal vinculada ao INPS chamada de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (art.196). Além disso, a saúde passou a formar junto com a a previdência social e a assistência social, a chamada seguridade social (art.194). Em 1990, foi instituída a Lei 8080/1990 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS).

A lei do SUS trouxe uma série de princípios, mas os principais são: a universalidade, a equidade e a integralidade. Isto significa que todos podem acessar o Sistema Único de Saúde e que devem ter um tratamento equitativo e integral. Estes princípios são muito discutidos em ações judiciais que tratam do acesso à saúde.

O atual contexto do SUS é muito complexo, muitos lugares ainda sofrem com a ausência de profissionais de saúde, fazendo com que muitas pessoas tenham que se dirigir a centros maiores para serem atendidas. Em 2013, com o objetivo de reduzir este problema o governo criou o Programa Mais Médicos (PMM), que teve como objetivo incentivar que os médicos trabalhem em lugares onde não há ou existam

poucos médicos. Muitas cidades foram beneficiadas pelo programa, mas o problema ainda persiste.

Outra situação problemática, diz respeito ao processo de judicialização da saúde. Conforme analisado, constituindo a saúde um direito de todos e, portanto, é um direito do indivíduo de requerer um tratamento médico ou medicamentos que não lhe é dispensado, por via judicial. O problema é que existe uma “inflação” de ações judiciais por tratamentos médicos e medicamentos.

O número excessivo de ações judiciais decorre de vários fatores, conforme demonstrou-se no trabalho como a busca por medicamentos ainda não aprovados pela Anvisa e o processo de medicalização da vida.

Buscou-se também estudar as perspectivas de alteração SUS através da Emenda Constitucional nº 95/ 2016 e de projetos de lei que tratam do SUS. No caso da saúde e da educação houve congelamento do piso destas despesas por 19 anos, corrigido apenas pela inflação, levando a perceber que o SUS poderá vir a sofrer um grande prejuízo.

Além da EC nº 95/2016, incluímos algumas Propostas de Emenda à Constituição e Projetos de Lei para o SUS. Entre estes projetos, há a concessão de imunidade de impostos em relação a medicamentos, previsão expressa na Constituição da prevalência das urgências no acesso ao SUS e mudanças na área de Recursos Humanos do SUS.

Após a análise do funcionamento do SUS e as suas perspectivas, apresentou-se um conceito de direitos humanos e a importância dos tratados que tratam deste tema na vida dos migrantes, além disso são abordadas as convenções da OIT que tratam dos direitos dos trabalhadores imigrantes e a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros de suas Famílias.

Além disso, analisou-se a realidade atual da população migrante que vive no Brasil. Em que se percebe, um aumento do número de solicitações de refúgio, mas ao mesmo tempo, a existência de conflitos entre nacionais e migrantes. Inclusive manifestações xenofóbicas, como a ocorrida na Avenida Paulista na cidade de São Paulo em maio de 2017. O principal motivo da manifestação era a Lei de Migração, que segundo os manifestantes era perigosa, pois iria provocar uma “islamização” no país. Além disso, participantes da manifestação levaram cartazes que mostravam um muçulmano estuprando uma mulher. No entanto, apesar da xenofobia ser presente

no Brasil, existem muitas pessoas dispostas a auxiliar os migrantes a serem incluídos na sociedade.

Após isto, analisou-se o direito à saúde na Nova Lei Migratória e no seu Regulamento. Foram abordadas críticas em relação ao Regulamento, pois este diferente da Lei de Migração foi feito sem nenhuma participação popular, além de possuir dispositivos que contrariam a própria Lei de Migração.

Também foi tratada a existência de políticas públicas para a população imigrante. Percebeu-se que não existe uma política nacional de migração, o que se nota são políticas públicas promovidas em âmbito municipal ou por organizações não-governamentais e grupos de estudo que pesquisam sobre o fenômeno migratório.

Partindo-se da ideia de que todos podem ter acesso ao SUS, buscou-se saber se tanto os brasileiros como migrantes podem ter acesso ao SUS. Após analisar esta ideia, descobriu-se que esta afirmação se sustenta com base no art.196 que afirma que a saúde é um direito de todos e no art.5º caput que assegura a igualdade entre brasileiros e estrangeiros, ambos da Constituição Federal.

Estudou-se qual a opinião dos migrantes acerca do SUS. Trabalhou-se com a nacionalidade boliviana, haitiana, senegalesa, venezuelana e uruguaia. Foi demonstrada a opinião de mulheres bolivianas sobre o acesso ao SUS, existindo falas que reclamam da discriminação e outras que elogiam o sistema. Em relação aos haitianos, demonstrou-se que existia um preconceito de eles serem transmissores de doenças. Em relação aos senegaleses apresentou-se o resultado de uma pesquisa desenvolvida pelo autor, acerca da opinião dos senegaleses acerca do SUS na cidade de Pelotas. Ainda foi abordada a questão do Uruguai, que possui um acordo para que médicos uruguaiois que vivem no Uruguai trabalhem no Brasil e que médicos brasileiros que residam no País trabalhem no Uruguai.

Abordou-se a importância da bioética e da justiça social para que o SUS possa melhorar. Apresentou-se conceitos importantes da bioética como a solidariedade, a ideia da bioética da proteção e de justiça sanitária. Além disso, é realizada a relação entre o direito à saúde e a justiça social.

Além disso, se demonstrou como o SUS acolhe o imigrante. Apresentou-se os serviços de saúde mais utilizados pelos migrantes e como o fenômeno migratório pode ou não afetar a saúde mental do imigrante. Também analisou-se como os imigrantes são acolhidos pelos sistemas de saúde de países estrangeiros. Percebeu-se que

apesar do SUS possuir vários problemas, ainda é um sistema muito acolhedor em comparação a muitos países.

Concluiu-se que os imigrantes têm acesso ao SUS, apesar de enfrentarem muitas vezes, problemas de xenofobia e dificuldade de comunicação. Sendo assim, é importante preservar a universalidade do SUS, que pode ser gravemente afetada pela EC nº 95/2016. Em virtude disto, é importante que os princípios da bioética e a justiça social sejam observados para que o SUS possa continuar sendo um sistema com abrangência universal e que com uma melhor qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELA, L.; MATTOS, M. “Sistema de Saúde Brasileiro: dilemas da universalização”. **Saúde em Debate**, v.26, n.61, p.137-154, 2002.

ANANIAS, Ricardo Alex Ribeiro; NOLASCO, Loreci Gottschalk. “Análise da Emenda Constitucional nº 95 sob a perspectiva de violação dos direitos fundamentais”. **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça**, Dourados, v.6, n.1, p.86-112 mar-jun. 2018. Disponível em: <<https://periodicosonline.uems.br/index.php/RJDSJ/article/view/2531/1991>>. Acesso em: 21 mai. 2018.

AROUCA, A.S. **O Dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1975 (Tese de Doutorado).

ASANO, Camila. “Migrar é direito: Expectativa é de que a nova Lei de Migração contribuirá para desburocratizar a regularização de migrantes”. **El País – Brasil**, São Paulo, 18 dez. 2017. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2017/12/18/opinion/1513603438_318253.html>. Acesso em: 3 abr. 2018.

ÁVILA, Otávio. “Pedidos de Refúgio batem recorde, mas poucos são deferidos”. **O estrangeiro: Brasil país de imigração**. São Paulo, 8 abr. 2018. Disponível em: <<https://oestrangeiro.org/2018/04/08/pedidos-de-refugio-batem-recorde-mas-poucos-sao-deferidos/>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BARROSO, Luís Roberto. “Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial”. **Jurisprudência Mineira**, Belo Horizonte, v.60, n.188, p.29-60, jan./mar. 2009. Disponível em: <<https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

BARROSO, Luís Roberto. “Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática”. **[Syn]Thesis**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.23-32, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433/5388>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

BASILIO, Ana Luiza. Entrevista - Deisy de Freitas Lima Ventura "Regulamento da Lei da Migração é uma catástrofe", diz especialista. **Carta Capital**, São Paulo, 24 nov. 2017. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/politica/regulamento-da-lei-da-migracao-e-uma-catastrofe-diz-especialista>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

BELMARTINO, S. Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.18, n.4, p.1067-1076, 2002.

BRASIL. “Mais Médicos – Resultados para o país. **Programa Mais Médicos**, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

BRASIL. “Saiba como solicitar seu Cartão SUS”. **Governo do Brasil**, Brasília, 9 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/03/saiba-como-solicitar-o-seu-cartao-sus>>. Acesso em: 6 mar. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Proposta de Emenda à Constituição nº 241 de junho de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília, DF, 15 jun. 2016. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1468431&filename=PEC+241/2016>. Acesso em: 17 mai. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Proposta de Emenda à Constituição nº 160 de 10 de abril de 2012. Acrescenta alínea ao inciso VI do art. 150 da Constituição Federal. Brasília, DF, 10 abr. 2012. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=978595&filename=PEC+160/2012>. Acesso em: 22 mai. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Proposta de Emenda à Constituição nº 157 de 15 de outubro de 2015. Inclui os parágrafos 1º e 2º ao art. 196 da Constituição Federal, para preservando o direito universal à saúde, estabelecer critérios para prioridades e urgências médicas. Brasília, DF, 15 out. 2015. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=E4BA73E3EB57E043A21FABD1082C146.proposicoesWebExterno1?codteor=1400808&filename=PEC+157/2015>. Acesso em: 22 mai. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal de 1988. **Portal da Legislação**. Brasília, DF, 5 out. de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 9 jul. 2017.

BRASIL. Decreto nº 5.105 de 14 de junho de 2004. Promulga o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, de 21 de agosto de 2002. Brasília, DF, 14 jun. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5105.htm>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BRASIL. Decreto nº 58.819 de 14 de julho de 1966 (Convenção nº 97 - Trabalhadores Migrantes n.97). Brasília, 14 jul. 1966. Disponível em: <http://www.ilo.org/brasil/convencoes/WCMS_235186/lang--pt/index.htm>. Acesso em: 28 mar. 2018.

BRASIL. Decreto nº 591 de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. **Portal da Legislação**. Brasília, DF, 6 jul. 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso em: 28 fev. 2018.

BRASIL. Decreto nº 592 de 6 de julho de 1992 (Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos). Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. Promulgação. **Portal da Legislação**. Brasília, DF, 6 de jul. de 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm>. Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. Decreto nº 5105 de 14 de junho de 2004. Promulga o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, de 21 de agosto de 2002. Brasília, DF, 15 jun. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2004/Decreto/D5105.htm>. Acesso em: 10 mai. 2018

BRASIL. Decreto nº 7.239 de 26 de julho de 2010. Promulga o Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008. Brasília, DF, 26 jul. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7239.htm>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BRASIL. Decreto nº 9199 de 20 de novembro de 2017. Regulamenta a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, que institui a Lei de Migração. **Portal da Legislação**. Brasília, 20 nov. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Decreto/D9199.htm>.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm#art1>. Acesso em: 17 mai. 2018.

BRASIL. Exposição de Motivos nº 24/GM de 19 de julho de 1989. Do Senhor Ministro de Estado da Saúde. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/imagem/d/pdf/DCD02AGO1989.pdf#page=59>>. Acesso em: 4 set. 2017.

BRASIL. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. **Portal da Legislação**, Brasília, DF, 22 out. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm>. Acesso em: 18 jul. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.445 de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. **Portal da Legislação**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm>. Acesso em: 29 set. 2017.

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. Portal da Legislação. Brasília, DF, 20 set. de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 9 jul. 2017.

BRASIL. Mensagem nº 163 de 24 de maio de 2017. **Portal da Legislação**.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Msg/VEP-163.htm>. Acesso em: 29 set. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. “Dia D marca início da campanha contra o sarampo em Roraima”. **Portal do Ministério da Saúde**, Brasília, 9 mar. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42732-dia-d-marca-inicio-da-campanha-contra-o-sarampo-em-roraima>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Ministério da Saúde participa de audiência pública no Senado para debater fluxo migratório”. **Portal do Ministério da Saúde**, Brasília, 1 mar. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/sgep/42661-ministerio-da-saude-participa-de-audiencia-publica-no-senado-para-debater-fluxo-migratorio>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Roraima tem plano de ações para atendimento aos imigrantes”. **Portal do Ministério da Saúde**, Brasília, 15 jan. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42320-roraima-tem-plano-de-aco-es-para-atendimento-aos-imigrantes>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 3ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 30p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Diretrizes**. Portal do Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Viajante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/viajante/durante_a_sua_estadia.html#durante1>. Acesso em: 30 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil, 1998-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 280p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Ouvidoria-geral do SUS : um espaço de cidadania / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Painel de Indicadores do SUS nº 8: Temático Regionalização da Saúde**. Vol.5. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 78p.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Portal Consular. “Uruguai”, Ministério das Relações Exteriores, Brasília, 2018. Disponível: <<http://www.portalconsular.itamaraty.gov.br/seu-destino/uruguai>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Portal Consular. Estados Unidos. Ministério das Relações Exteriores. Brasília, 2018. Disponível em:<<http://www.p>

portalconsular.itamaraty.gov.br/seu-destino/estados-unidos>. Acesso em: 16 mai. 2018.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Portal Consular. Reino Unido. Disponível em: <<http://www.portalconsular.itamaraty.gov.br/seu-destino/reino-unido>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

BRASIL. Portal e-cidadania. Substitutivo da Câmara dos Deputados a Projeto de Lei do Senado nº 7. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/ecidada nia/visualizacaomateria?id=127792>>. Acesso em: 31 ago. 2018

BRASIL. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Imprensa Nacional**. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/v isualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: 14 nov. 2017

BRASIL. Portaria nº 2446 de 11 de novembro de 2014 do Ministério da Saúde. Redefine a Política Nacional de Promoção à Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude legis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 28 set. 2017.

BRASIL. Portaria nº 940 de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Ministério da Saúde.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 8 de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília, DF, 1 fev. 2017. Disponível em: <<https://legis.se nado.leg.br/sdleggeter/documento?dm=4893098&disposition=inline>>. Acesso em: 24 mai. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. “Supremo julga constitucional o programa Mais Médicos”. **Supremo Tribunal Federal**, Brasília, 30 nov. 2017. Disponível em: <<http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=363404>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Recurso Extraordinário com Agravo nº 727.864/PR. Agravante: Estado do Paraná. Agravado: Ministério Público do Estado do Paraná. Relator: Ministro Celso de Mello. Brasília, DF, 4 nov. 2014. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP &docID=7218726>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental no Recurso Extraordinário com Agravo 745.745 Minas Gerais. Agravante: Município de Belo Horizonte. Agravado: Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Relator: Ministro Celso de Mello. Brasília, 2 dez. 2014. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/pag inador.jsp?docTP=TP&docID=7516923>>. Acesso em: 21 mai. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus nº 97.147 Mato Grosso. Impetrante: Defensoria Pública da União. Paciente: Janeth Vaca Sanches. Coator:

Superior Tribunal de Justiça. Relator: Ministro Cezar Peluso. Brasília, 4 ago. 2009. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=607672>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário nº 581.488/RS. Recorrente: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Recorridos: União, Estado do Rio Grande do Sul e Município de Canela. Relator: Ministro Dias Toffoli. Brasília, DF, 3 dez. 2015. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=10624184>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. “Biotecnologia e produção do direito: considerações acerca das dimensões normativas das pesquisas genéticas no Brasil”. In: SARLET, Ingo Wolfgang; LEITE, George Salomão. **Direitos fundamentais e Biotecnologia**. São Paulo: Método, 2008. p. 175-192.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo. “Aproximando as fronteiras da Biomedicina e do Direito”. In: BRAUNER, Maria Claudia Crespo. **Ensaio de Biodireito: Respeito à vida e aos imperativos da pesquisa científica**. Pelotas: Delfos, 2008. p. 11-16.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo; FURLAN; Karina Morgana. “O crescente processo de medicalização da vida: entre a judicialização da saúde e um novo modelo biomédico”. In: BRAUNER, Maria Claudia Crespo; PIERRE, Philippe. **Direitos Humanos, Saúde e Medicina: uma perspectiva internacional**. Rio Grande: Editora da Furg, 2013. p. 103-132.

BRAUNER, Maria Claudia Crespo; THOMASI, Tanise Zago. ‘Terapia celular humana: bioética, justiça e reponsabilidade social na saúde’. in BRAUNER, Maria Claudia Crespo (org.) **Ensaio de Biodireito: Respeito à vida e aos imperativos da pesquisa científica**. Pelotas: Delfos. 2008. P. 191-210.

BÜHRING, Marcia Andrea. **Mobilidade, Fronteiras & Direito à Saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2016, 248p.

BURITI, Sansara. “Santa Catarina inaugura primeiro Centro de Referência e Atendimento ao Imigrante”. **MigraMundo**. São Paulo, 2 fev. 2018. Disponível em: <<http://migramundo.com/santa-catarina-inaugura-primeiro-centro-de-referencia-e-atendimento-ao-imigrante/>>. Acesso em: 3 abr. 2018.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; SILVEIRA, Cássio; SILVA, Lia Maria Brito da; YASUDA, Maria Aparecida Shikanai. “Migração boliviana e doença de Chagas: limites na atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)”. **Interface**, Botucatu, v.22, n. 64, p.87-96, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-1807-576220160338.pdf>>. Acesso em: 9 mai. 2018.

CARTA aberta sobre o processo de participação social na regulamentação da Lei 13.455/17 e pontos preocupantes na minuta do decreto da nova Lei de Migração. **Conectas Direitos Humanos**. São Paulo, 6 dez. 2017. Disponível em: <[http://www.conectas.org/arquivos/editor/files/Carta%20P%C3%BAblica_Reuni%C3%A7%C3%A3o%20obre%20regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20da%20Lei%20de%20Migra%C3%A7%C3%A3o_sp_15-11-17\(3\).pdf](http://www.conectas.org/arquivos/editor/files/Carta%20P%C3%BAblica_Reuni%C3%A7%C3%A3o%20obre%20regulamenta%C3%A7%C3%A3o%20da%20Lei%20de%20Migra%C3%A7%C3%A3o_sp_15-11-17(3).pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2018.

CARTA CAPITAL. Venezuela supera Arábia Saudita em reservas de petróleo. Publicado em 20 de julho de 2011. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/economia/venezuela-supera-arabia-saudita-em-reservas-de-petroleo>>. Acesso em: 8 mai. 2018.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **Participação da Comunidade na Saúde**. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007. 259p.

CAZELLI, C.M; BRITO, J. da S.; Sá, P.K. de; ORMELLI, C.B. “Análise das desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde: pesquisa da assistência médico-sanitária, 1992 a 1999”. **Saúde em Debate**, v.26, n. 61, p. 198-209, 2002.

CHAVES, Alan. “Venezuelanos viajam até 11 horas para receberem atendimento médico na fronteira de RR”. **Portal de notícias do G1**, Boa Vista, 7 fev. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/venezuelanos-viajam-ate-11-horas-para-receberem-atendimento-medico-na-fronteira-de-rr.ghtml>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

CINCO para entender o que é o Obamacare. **O Globo**, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/mundo/cinco-pontos-para-entender-que-o-obamacare-20792460>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

COMISSÃO NACIONAL DA UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris: UNESCO, 2005, 12p.

COMISSÃO DE ESPECIALISTAS. **Anteprojeto de Lei de Migrações e Promoção dos Direitos dos Migrantes no Brasil**. Brasília: Pigma, 2014. 52p. Disponível em: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/10947.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

COMO funciona o plano de Trump para substituir o Obamacare. **Exame**, São Paulo, 5 mai. 2017. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/mundo/como-funciona-o-plano-de-trump-para-substituir-o-obamacare/>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 3ªed. São Paulo: Saraiva, 2003. 342p.

CORREIA, Cyneida. Moradores invadem abrigo em Roraima e expulsam imigrantes venezuelanos. **Estadão**, São Paulo, 20 mar. 2018. Disponível em: <<http://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,moradores-invadem-abrigo-em-roraima-e-expulsam-venezuelanos-da-cidade,70002234678>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

COSTA, Íris do Céu Clara; ARAÚJO, Maria Neili Torres de. Definição do perfil de competências em saúde coletiva partir da experiência de cirurgiões-dentistas atuantes no serviço público. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n. supl.1,:1181-1189, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a50v16s1.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

CUBA. Constituição (1976). Constitución de la Republica Cubana. **Portal Cuba**, Havana, 24 fev. 1976. Disponível em: <<http://www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

CZERESNIA, D. & Freitas, C.M. de (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 174p.

D'ÁVILA, Luciana Souza; SALIBA, Graciane Rafisa. "A Efetivação do Direito à Saúde e sua Interface com a Justiça Social". **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 17, n.3, p. 15-38, 2017. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/rdisan/article/view/127772/124770>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

DELFIN, Rodrigo Borges. "Governo de SP sanciona revalidação gratuita de diplomas de refugiados; RJ veta". **MigraMundo**, São Paulo, 22 mar. 2018. Disponível em: <<http://migramundo.com/governo-de-sp-sanciona-revalidacao-gratuita-de-diplomas-de-refugiados-rj-veta/>>. Acesso em: 2 abr. 2018.

DELFIN, Rodrigo Borges. "O que pessoas comuns pensam de ato anti-imigração na avenida Paulista?". **Migra Mundo**, São Paulo, 17 mai. 2017. Disponível em: <<http://migramundo.com/o-que-pessoas-comuns-pensam-de-ato-anti-imigracao-na-avenida-paulista/>>. Acesso em: 6 abr. 2018.

DELFIN, Rodrigo Borges; WLADIMILA, Nayara. "Sob expectativa, começa interiorização de venezuelanos pelo Brasil". **Migra Mundo**. São Paulo, 9 abr. 2018. Disponível em: <<http://migramundo.com/sob-expectativa-comeca-interiorizacao-de-venezuelanos-pelo-brasil/>>. Acesso em: 3 mai. 2018.

DENIER, Y. **Efficiency, justice and care: philosophical reflections on scarcity in health care**. Dordrecht: Springer, 2007.

DOCUMENTOS de viagem para países de nacionalidade de países terceiros. **União Europeia**, Bruxelas, 7 mai. 2018. Disponível em: <https://europa.eu/youreurope/citizens/travel/entry-exit/non-eu-nationals/index_pt.htm>. Acesso em: 16 mai. 2018.

ENTIDADES criticam decreto da nova Lei de Migração. **Conectas Direitos Humanos**, São Paulo, 6 dez. 2017. Disponível em: <<http://www.conectas.org/noticias/contrariando-a-lei>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

ESPAÑA. Real decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, sec. I., p.31278. 24 abr. 2012. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>>. Acesso em: 6 mar. 2018.

FENAPEF. "Nota à imprensa: Estrangeiros que participarem de atos políticos podem ser detidos e expulsos do país". **Federação Nacional dos Policiais Federais**, Brasília, 16 abr. 2016. Disponível em: <<http://fenapef.org.br/nota-a-imprensa-estrangeiros-que-participarem-de-atos-politicos-podem-ser-detidos-e-expulsos-do-pais/>>. Acesso em: 3 out. 2018.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. "Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global". **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, supl. 1, p.152-161, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00152.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

FRAGA, Mirtô. O Novo Estatuto do Estrangeiro Comentado. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 1985.

FRANCO, Selma Cristina; HERNAEZ A.M. Capital social e qualidade da atenção a saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, p.1871-80, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/02.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2018.

GEWEHR, Mathias Felipe. “A Bioética e o princípio da justiça”. In BRAUNER, Maria Claudia Crespo (org.) **Ensaio de Biodireito. Respeito à vida e aos imperativos da pesquisa científica**. Pelotas: Delfos. 2008. P. 47.

GIOVANELA, L.; LOBATO, L. de V.C.; CARVALHO, A.I. de; CONIL, E.M.; CUNHA, E.M. da – Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, 26(60):37-61, 2002.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. “Universalidade de Atenção à Saúde como Categoria de Análise”. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 312p.

GIOVANELA, Ligia; GUIMARÃES, Luisa; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; DAMACENA; Giseli Nogueira. “Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.sup.2, p.251-266, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/13.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

GIRARDI, Júlia de Freitas; BORGES, Lucienne Martins. “Imigração, Saúde e Direitos Humanos”. In: SILVA, Karine de Souza; PEREIRA, Maria Rausch; SANTOS, Rafael de Miranda (Orgs.). **Refúgios e Migrações: práticas e narrativas**. Florianópolis: Nefipo/UFSC, 2015. p.131-144.

GLOBAL Migration Flows. International Organization for Migration. 17 Route des Morillons, Suíça, 2015. Disponível em: <<http://www.iom.int/world-migration>>. Acesso em: 9 jul. 2017.

GOMES, Doris and RAMOS, Flávia Regina Souza. “Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético”. **Interface**, Botucatu, v.19, n. 52, p. 9-20, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-19-52-0009.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2018.

GOMES, Doris; APARISI, Juan Carlos Siurana. “Deliberação Coletiva: Uma contribuição contemporânea da bioética brasileira para as práticas do SUS”. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 347-371, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462017000200347&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 mai. 2018.

GRANADA, Daniel; CARRENO, Ioná; RAMOS, Natália; RAMOS, Maria da Conceição Pereira. “Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa

mobilidade humana”. **Dossiê: Migração e Saúde**. Botucatu, v.21, n. 61, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832017000200285&lang=pt>. Acesso em: 9 jul. 2017.

GUERRA, Katia; VENTURA, Miriam. “Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países”. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2017000100123&lang=pt>. Acesso em: 9 jul. 2017.

HABERMAS, Jürgen. **O Futuro da Natureza Humana**. 2ªed. Traduzido por: Karina Jannini. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. 159p.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 2011

HELLMANN, Fernando; VERDI, Marta. Bioética social: reflexões sobre referenciais para a saúde coletiva. In: HELLMANN, Fernando et al. **Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos**. Florianópolis: Dioesc, 2012.

HERNÁNDEZ, M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. **Cad Saúde Pública**.18(4):991-1001, 2002.

IMIGRANTES venezuelanos no Brasil são vítimas de exploração do trabalho. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 8 mar. 2018. Disponível em: <<http://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,imigrantes-venezuelanos-no-brasil-sao-vitimas-de-exploracao-do-trabalho,70002218795>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). O Novo Regime Fiscal e suas implicações para a Política de Assistência Social no Brasil. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_27_disoc.pdf> Acesso 18 mai. 2018.

JESKE, Thais Garcia; SPAREMBERGER, Raquel Fabiana Lopes. Políticas Públicas e Sociais: Um debate acerca da universalidade do Sistema Único de Saúde diante dos imigrantes no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 13., 2016, Santa Cruz do Sul. **Anais do XIII Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2016. Disponível em: <<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/15813/3712>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

JIBRIN, M. Acolhimento psicológico de imigrantes involuntários: um encontro com a alteridade. Florianópolis, 2017. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/182702/349133.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

JUNIOR, Nivaldo Carneiro; SILVEIRA, Cássio; SILVA, Lia Maria Brito da. “Migração boliviana e doença de Chagas: limites na atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, In press. . Epub June 05, 2017.

JUNQUEIRA, V.; PESSOTO, U.C.; KAYANO, J.; NASCIMENTO, P.R.; CASTRO, I.E. do N.; ROCHA, J.L. da; TERENCE, M.F.; BOARETTO, R.C.; IBANHES, L.C.; CORTIZO, C.T.; HEIMANN, L.S. Equidad en la salud: evaluación de políticas públicas en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1993-1997. **Cad Saúde Pública** v.18,n.4, p.1087-1101, 2002.

KNOBLOCH, Felicia. “Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental”. **Psicologia USP**, São Paulo, v.26, n.2, p.169-174, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v26n2/0103-6564-pusp-26-02-00169.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

LABRA, M.E. La reinvencción neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.4, p.1041-1052, 2002.

LEITE, Renata Antunes de Figueiredo. **Direito à informação em saúde: análise do conhecimento do paciente acerca de seus direitos**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 119p, 2010.

LIMA, J. de C.; AZOURY, E.B; BASTOS, L.H.de C.V.; COUTINHO, M. de M.; PEREIRA, N. do N.; FERREIRA, S.C. da C. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde em debate*, 26(60):62-70, 2002.

LONDOÑO, Ernesto. “Médicos cubanos no Brasil se revoltam com Cuba: ‘Você se cansa de ser um escravo’”. **Uol notícias – Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, 29 set. 2017. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/the-new-york-times/2017/09/29/medicos-cubanos-se-revoltam-no-brasil-voce-se-cansa-de-ser-um-escravo.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

LUES, M. F. Equidad y justicia en salud: implicaciones para la bioética. **Acta Bioethica**, Santiago de Chile, v. 9, n. 1, p. 113-126, 2003. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2003000100011>. Acesso em 12 jun. 2018.

LUSSI, Carmen. “Políticas públicas e desigualdades na migração e refúgio”. **Psicologia USP**, São Paulo, v.26, n.2, p.136-144, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/102377/100701>>. Acesso em: 4 abr. 2018.

MADUREIRA, Pedro de Souza Pizzaro. **Sistema de Saúde Cubano**. 2010. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/19944/1/Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20Cubano%20-%20final.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

MARQUES, Marcelo. “Ministro da Saúde assina plano de ações para atender imigrantes venezuelanos em RR”. **Portal de Notícias do G1 - Roraima**, Boa Vista, 14 jan. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/ministro-da-saude-assina-plano-de-aco-es-para-atender-imigrantes-venezuelanos-em-rr.ghtml>>. Acesso em: 9 mar. 2018.

MARTES, Ana Cristina Braga; FALEIROS, Sarah Martins. “Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo”. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.22, n.2, p.351-364, 2013.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. “Quem Somos”. **Médicos sem Fronteiras**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/quem-somos>>. Acesso em 18 jul. 2018.

MELLO, Patrícia Campos. “Lei de Migração entra em vigor, mas regulamentação é alvo de críticas”. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 21 nov. 2017. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/11/1936866-lei-de-migracao-entra-em-vigor-mas-regulamentacao-e-alvo-de-criticas.shtml>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

MENDES, E.V. “As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia no projeto neoliberal”. In: MENDES, E.V. (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993, p.19-91.

MILESI, Rosita. “Por uma nova Lei de Migração: a perspectiva dos Direitos Humanos”. In: CEAM/UnB – CSEM e UniEURO. **Mesa Redonda “Leis e políticas migratórias: o desafio dos direitos humanos”**. Brasília: CEAM/UnB – CSEM e UniEURO, 2007. p.1-9. Disponível em: <http://www.csem.org.br/pdfs/por_uma_nova_lei_de_migracao_no_brasil_%20rosita_milesi.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2018.

MISSÃO PAZ E CONECTAS DIREITOS HUMANOS. **Missão a Roraima e Manaus: Migração Venezuelana**. 2017.

MITJAVILA, M.; FERNÁNDEZ, J.; MOREIRA, C. Propuestas de reforma en salud Y equidad en Uruguay: Redefinición del Welfare State? *Cad Saúde Pública* 18(4): 1103-1120, 2002.

MUDANÇA na constituição pode retirar impostos sobre medicamentos. **Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação**, São Paulo, 16 fev. 2018. Disponível em: <<https://ibpt.com.br/noticia/2638/Mudanca-na-constituicao-pode-retirar-impostos-sobre-medicamentos>>. Acesso em: 22 mai. 2018.

NEGRI, B. “A política de saúde no Brasil nos 1990: avanços e limites”. In: NEGRI, B; D’ÁVILA, A. L. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobrevive, Cealag, 2002, p.15-42.

NOCE, Umberto Abreu; CLARK, Giovani. “A Emenda Constitucional nº 95/2016 e a violação da ideologia constitucionalmente adotada”. **Revista Estudos Institucionais**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.1216-1244, 2017.

NORONHA, José Carvalho de; UGÁ, Maria Alicia Domínguez. “O sistema de saúde dos Estados Unidos”. In: BUSS, PM. ; LABRA, ME., (orgs). **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. p.177-218.

OIM. La Migración en América del Sur: tendencias y datos relevantes. Buenos Aires, Argentina, 2017. Disponível em: <<http://robuenosaires.iom.int/tendencias-y-datos-relevantes>>. Acesso em: 7 mai. 2018.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Convenção n.143. Institui a Convenção sobre as Imigrações Efetuadas em Condições Abusivas e sobre a Promulgação da Igualdade de Oportunidades e de Tratamento dos Trabalhadores Migrantes. **Organização Internacional do Trabalho**, Genebra, 4 jun. 1975. Disponível em: <http://www.ilo.org/brasilia/convencoes/WCMS_242707/lang-pt/index.htm>. Acesso em: 13 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Resolução 217-A de 10 de dezembro de 1948 (Declaração Universal de Direitos Humanos). **Legislação de Direito Internacional**. 6ªed. São Paulo: Saraiva, p.397-400, 1993.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Resolução 45/158 de 18 de dezembro de 1990 (Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias). Disponível em: <<http://acnudh.org/wp-content/uploads/2012/08/Conven%C3%A7%C3%A3o-Internacional-para-a-Prote%C3%A7%C3%A3o-dos-Direitos-Humanos-de-todos-os-Trabalhadores-Migrantes-e-Membros-de-suas-Fam%C3%ADlias.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

PAIM Jairnilson Silva. Saúde Política e Reforma Sanitária. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 446p.

PAIM Jairnilson Silva; TEIXEIRA M.G.L.C. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). **Informe Epidemiológico do SUS**, 5:27-57, 1992.

PAIM, Jairnilson Silva. “Atenção à Saúde no Brasil”. In: BRASIL. Ministério da Saúde (org.). **Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.15-40.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N. **Epidemiologia & Saúde**. Medsi:Rio de Janeiro. 6ª Ed., 2003, p. 567-586.

PATARRA, Neide Lopes. “Políticas e gestão das migrações internacionais: entre direitos humanos e soberania nacional”. **Demografia em Debate**, São Paulo, v.4, p.85-92, 2012. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/ebook/article/view/30/28>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

PATARRA, Neide Lopes. “Políticas e gestão das migrações internacionais: entre direitos humanos e soberania nacional”. **Demografia em Debate**, São Paulo, v.4, p. 85-92, 2015. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/ebook/article/view/30/28>>. Acesso em: 9 abr. 2018.

PATIENT Protection and Affordable Care Act. **HealthCare.gov**. Washington, 2018. Disponível em: <<https://www.healthcare.gov/glossary/patient-protection-and-affordable-care-act/>>. Acesso em: 18 jul. 2018.

PEGO, R.A. & ALMEIDA, C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud. Los casos de Brasil y México. **Cad. Saúde Pública** 18(4):971-989, 2002.

PESSINI, Leo. “Elementos para uma bioética global: solidariedade, vulnerabilidade e precaução”. **Thaumazein**, Santa Maria, v.10, n.19, p.75-85, 2017. Disponível em: <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/thaumazein/article/view/1983/pdf_1>. Acesso em: 30 mai. 2018.

PINTO, Priscila Fernanda Porto Scaff. **Análise espacial e espaço-temporal dos casos de tuberculose em imigrantes sul-americanos no município de São Paulo entre 2006 e 2013**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 131p, 2015.

PORTARIA Interministerial possibilita residência permanente a venezuelanos. **Conectas direitos humanos**, São Paulo, 16 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.conectas.org/noticias/portaria-interministerial-possibilita-residencia-permanente-venezuelanos>>. Acesso em: 3 abr. 2018.

PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl. 1, p. 719-729, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a02v16s1.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

PORTO, S. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros em los sistemas de salud. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.4, p.971-989, 2002.

RAMOS, André de Carvalho; RIOS, Aurelio; CLÈVE, Clèmerson; VENTURA, Deisy; GRANJA, João Guilherme; MORAIS, José Luis Bolzan de; PIRES JR, Paulo Abrão; DALLARI, Pedro B. de Abreu; REIS, Rossana Rocha; JARDIM, Tarciso Dal Maso; BERNER, Vanessa. Regulamento da nova Lei de Migração é contra *legem e praeter legem*. **ConJur**, São Paulo, 23 nov. 2017. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2017-nov-23/opinioao-regulamento-lei-migracao-praetem-legem>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

REDIN, Giuliana; MONAIR, Alex Barcelos; ALMEIDA, Alessandra Jungues de; DOMINGUES, Adriana Garcia; BERTOLDO, Jaqueline; MINCHOLA, Luís Augusto Bittencourt. “Curso Migração, Refúgio e Políticas Públicas para Servidores Públicos em Santa Maria: Da Formação e Capacitação em Direitos Humanos ao Espaço de Participação Política e Construção de Iniciativas Locais”. In: BAENINGER, Rosana; BÓGUS, Lúcia Machado; MOREIRA, Júlia Bertino; VEDOVATO, Luís Renato; FERNANDES, Duval Magalhães; SOUZA, Marta Rovey; BALTAR, Cláudia Siqueira; PERES, Roberta Guimarães; WALDMAN, Tatiana Chang; MAGALHÃES, Luís Felipe Aires (org). **Migrações Sul-Sul**. 2ª ed. Campinas: Nepo/ Unicamp, p. 950-956, 2018. Disponível em: <<http://nempsic.paginas.ufsc.br/files/2015/02/LIVROMIGRA%C3%87%C3%95ES-SUL-SUL.pdf>>. Acesso em 7 mai. 2018.

RIBEIRO, Carlos Dimas. “Justiça Social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.4, p.1109-1118, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01109.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

RISSON, Ana Paula. **Cartografia da atenção à saúde de imigrantes haitianos residentes em Chapecó, SC**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, 172p, 2016.

ROMAN, Daniela. “A Política de Saneamento Ambiental e a Saúde Pública no Brasil”. In: SCHONARDIE, Elenise Felzke; PILAU SOBRINHO, Liton Lanes. **Ambiente, Saúde e Comunicação**. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2007. p.125-146.

RUFINO, Cátia; AMORIM, Sérgio Gonçalves de. Imigração internacional e Gestão Pública da Saúde na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) – Uma contextualização a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 18., 2012, Águas da Lindóia. **Anais do XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Águas da Lindóia: ABEP, 2012. p. 1-10. Disponível em: <<https://oestrangero.org.files.wordpress.com/2013/03/imigrac3a7c3a3o-internacional-e-sac3bade.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2018.

SAMPAIO, L.F.R. **Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica – PPI/AB, 2001/2002**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2002.123p.

SANTANA, Marie-Anne; DANCY, Barbara L.. “The stigma of being named “AIDS carriers” on Haitian-american women”. **Health Care for Women International**, Chicago, v.21, p.161-171, 2000. Disponível em: <<http://web.a-ebscohost-com.ez40.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=9b41ecdf-1c65-480a-bcff-c5215ff24b21%40sessionmgr4007>>. Acesso em: 13 abr. 2018.

SANTOS, Fabiane Vinente. “A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas”. **História, Ciências, Saúde – Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v.23, n.2,p. 477-494, abr-jun. 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang. “Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988”. **Revista Interesse Público**, Porto Alegre, v.12, p.91-107, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. “Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988”. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo, n.67, 2008, p.125-172.

SCHRAMM, Fermin Roland. “Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização”. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55>. Acesso em: 5 jun. 2018.

SCHWARTZ, Germano; FUGA, Pedro Henrique Dilda. “O acesso à saúde nas fronteiras do MERCOSUL: entre as normas e a realidade”. **Revista da AJURIS**, Porto Alegre, v. 42, n.37, p.343-364, 2015. Disponível em: <<http://www.ajuris.org.br/OJS2/index.php/REVAJURIS/article/view/388/322>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

SILVA, Bruna Pontes da; STOCKMANN, Denise; LÚCIO, Donavan de Souza; HENNA, Elaine; ROCHA, Maria Carolina Pereira da; JUNQUEIRA, Fábio Miranda. “Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos?”. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.9, 2899- 2906, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2899.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SILVA, Camila Rodrigues da Silva. “Migração de Venezuelanos para São Paulo: reflexões iniciais a partir de uma análise qualitativa”. In: BAENINGER, Rosana; BÓGUS, Lúcia Machado; MOREIRA, Júlia Bertino; VEDOVATO, Luís Renato; FERNANDES, Duval Magalhães; SOUZA, Marta Rovey; BALTAR, Cláudia Siqueira; PERES, Roberta Guimarães; WALDMAN, Tatiana Chang; MAGALHÃES, Luís Felipe Aires (org). **Migrações Sul-Sul**. 2ª ed. Campinas: Nepo/ Unicamp, p. 356-367, 2018. Disponível em: <<http://nempic.paginas.ufsc.br/files/2015/02/LIVROMIGRA%C3%87%C3%95ES-SUL-SUL.pdf>>. Acesso em 7 mai. 2018.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 35ªed. São Paulo: Malheiros, 2012. 928p.

SILVA, José Ribamar Pereira da; BITTENCOURT, Fernando Moutinho Ramalho. “Uma interpretação para o teor dos dispositivos da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que instituiu o Novo Regime Fiscal com limites para o gasto da União, e considerações sobre sua implementação”. **Orçamento em Discussão**, Brasília, n.34, p.3-60, 2017. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529648/OED0034.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

SILVA, Sindy Maciel; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. “Estudo das Ações Diretas de Inconstitucionalidade do Programa Mais Médicos”. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v.4, n.1, p. 68-82, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/154/357>>. Acesso em: 19 jul. 2018.

SIMÕES, G.; CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T. ; MOREIRA, E. ; Camargo, J. Resumo executivo. Perfil sociodemográfico e laboral da imigração venezuelana no Brasil. Conselho Nacional de Imigração. Brasília, DF: CNIg, 2017.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. “O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2017

STEFFENS, Isadora; MARTINS, Jameson. “ “Falta um Jorge”: A saúde na política municipal de São Paulo (SP) ”. **Lua Nova**, São Paulo, v.98, p. 275-299, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n98/1807-0175-ln-98-00275.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

SZWARCWALD, C.L.; BATOS, F.I.; ANDRADE, C.L.T. de. Medidas de desigualdad en salud: la discusión de algunos aspectos metodológicos con una aplicación para la

mortalidad neonatal en el Municipio de Rio de Janeiro, 2000. *Cad Saúde Pública* 18(4):959-970, 2002.

TORRES, Raissa Brindeiro de Araújo; MOREIRA, Pedro Adolfo Moreno da Costa. “Os Direitos Humanos e suas incongruências no amparo dos trabalhadores imigrantes”. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, São Luís, v.3, n.2, p.19-34, jul/dez. 2017. Disponível em: <<http://www.indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/2307/pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2018.

UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMY AND SOCIAL AFFAIRS. Trends in International Stock: Migrants by Destination and Origin.

VENTURA, Deisy; ILLES, Paulo. Estatuto do estrangeiro ou lei de imigração. *Le Monde Diplomatique Brasil*. São Paulo, p. 14-15, ago. de 2010. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

VENTURA, Miriam; KUROKAWA E SILVA, Neide. “A busca da equidade no acesso à saúde: as controvérsias da internação hospitalar com diferença de classe no SUS”. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v.4, n.1, p.86-102, jan/mar. 2015. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/197/192>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. “O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado”. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, Brasília, v.10, n. 3, p.1-28, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/File/21860/pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2018.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. “Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil”. **IPEA**, Brasília, setembro de 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf />. Acesso em: 25 jul. 2018.

WALDMAN, Tatiana Chang. “Movimentos Migratórios sob a Perspectiva do Direito à Saúde: Imigrantes Bolivianas em São Paulo”. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.12, n.1, p.90-114, mar./jun. 2011.

WEINERT, Tayane Santos. **Uma etnografia sobre as práticas de saúde dos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2015.

ZASLAVSKY, Ricardo; GOULART, Bárbara Niegia Garcia de. “Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p.3981-3986, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-3981.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

ZOBOLI, Elma L. C. P. “Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral”. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 389-396, 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/848/918>. Acesso em: 5 jun. 2018.