

DIREITOS HUMANOS, MIGRAÇÃO E SAÚDE: DISCUTINDO O ACESSO DE MIGRANTES E REFUGIADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

.....
Iara Abreu Cruz

Doutoranda em Sociologia pela Universidade Estadual do Ceará (PPGS/UECE); Mestre em Políticas Públicas e Sociedade (MAPPS/UECE); Especialista em Gestão em Saúde Pública (Uninassau); Graduada em Serviço Social (UECE); Pesquisadora do Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética (LabVida/UECE) e do grupo de pesquisa vinculado ao CNPq Direitos Humanos e Políticas de Segurança Pública.

RESUMO

O objetivo deste artigo é discutir sobre o acesso de migrantes e refugiados aos serviços de saúde no Brasil, a partir da compreensão da saúde como direito humano fundamental, contida nas legislações sociais básicas do Estado brasileiro voltadas tanto para a saúde quanto para a migração. Para tanto, faz-se uso da análise documental assim como da observação participante realizada pela autora no exercício de suas atividades como supervisora de núcleo no Programa Estadual de Atenção ao Migrante, Refugiado e Enfrentamento do Tráfico de Pessoas, do Governo do Estado do Ceará. Identifica-se a presença de alguns obstáculos ao acesso de migrantes e refugiados ao sistema de saúde, tais como a falta de conhecimento dos servidores a respeito dos direitos migratórios. Conclui-se que é preciso fortalecer o sistema de saúde para que práticas preconceituosas, racistas e xenofóbicas não façam parte dos atendimentos cotidianos.

Palavras-chave

Direitos Humanos; migração internacional; saúde.

ABSTRACT

The purpose of this article is to discuss the access of migrants and refugees to health services in Brazil, based on the understanding of health as a fundamental human right, contained in the basic social legislation of the Brazilian State, which is aimed both at health and migration. To this end, documental analysis is used, as well as participant observation carried out by the author in the exercise of her activities as a nucleus

supervisor in the State Program of Attention to Migrants, Refugees and Combat against Human Trafficking, of the Government of Ceará State. It is observed the presence of some obstacles to the access of migrants and refugees to the health system, such as the lack of knowledge of the servers regarding migratory rights. It is concluded that it is necessary to strengthen the health system so that discriminatory, racist and xenophobic practices are not part of the daily care.

Keywords

Human Rights; international migration; health.

1. INTRODUÇÃO

As razões pelas quais as pessoas migram são as mais diversas possíveis. Segundo Waldman (2018) algumas dessas razões são pelos laços afetivos, com o intuito de se reunir com os seus familiares que estão no país de destino; insatisfação com a vida que levam no país de origem; busca de novas oportunidades de trabalho; contato com novas culturas; sobrevivência, devido a perseguições das mais diversas ordens – políticas, religiosas, étnico-raciais, de gênero; fuga de catástrofes naturais; e busca pelo acesso a direitos fundamentais, como saúde, trabalho e assistência social.

Em dezembro de 2021, a Organização Internacional para as Migrações (OIM) divulgou o “Relatório Mundial sobre Migrações”, com dados sobre os deslocamentos ocorridos no mundo durante o ano de 2020. Em seu relatório anual, a OIM constatou a existência de, ao menos, 281 milhões de migrantes internacionais¹ no mundo, um aumento de 9 milhões quando comparados aos dados obtidos em 2019, o que

significa dizer que a pandemia de COVID-19 não impediu a mobilidade, mesmo com as várias restrições criadas pelos estados nacionais, como o fechamento de fronteiras e aeroportos². A principal causa dos deslocamentos é a necessidade de emprego, estando boa parte dos trabalhadores migrantes vivendo nos países de alta renda.

No Brasil, o Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) divulgou em 2020 o seu relatório anual, trazendo uma análise sobre a migração e o refúgio no país, a partir de dados coletados com base na série histórica de 2011 a 2020, chegando à conclusão de que 1,3 milhão de imigrantes residem no país considerando todos os tipos de amparo legais oferecidos. Os maiores fluxos são de venezuelanas, haitianos, bolivianos, colombianos e americanos. As solicitações de refúgio também aumentaram, passando de 1,4 mil em 2011 para 28,8 mil em 2020³.

No ano anterior, 2019, o Relatório Anual do OBMigra havia identificado que os nacionais da Venezuela obtiveram o primeiro lugar no número de registro, em 2018, devido ao aumento do fluxo migratório do país nos últimos anos⁴. Consequentemente, a 4ª edição do relatório do Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), de 2019, divulgou que o ano de 2018 foi o maior em número de solicitações de reconhecimento da condição de refugiado no Brasil, especialmente por migrantes venezuelanos⁵. De acordo com o Relatório, das mais de 80 mil solicitações realizadas em 2018, em primeiro lugar estavam os venezuelanos com 61.681 solicitações; em segundo lugar, os haitianos, com 7 mil solicitações; seguidos pelos cubanos (2.749); chineses (1.450) e bengaleses (947). Vale ressaltar, que dessas 80 mil solicitações, o Brasil só reconheceu 1.086 migrantes como refugiados, entre as diversas nacionalidades solicitantes, atingindo a marca de 11.231 pessoas reconhecidas pelo Estado brasileiro como “refugiado”⁶.

Nesse cenário de crescimento do fluxo migratório no Brasil, muitos Estados e Municípios sofrem com o aumento das suas capacidades institucionais, por não terem construído políticas públicas ou adaptado/preparado a rede sociojurídica e assistencial para dar conta de contextos humanitários de emergência e acabam reforçando a discriminação e a xenofobia.

Por isso, o objetivo deste artigo é discutir sobre o acesso de migrantes e refugiados

aos serviços de saúde no Brasil, a partir da compreensão da saúde como direito humano fundamental. A intenção é compreender como esse acesso é tratado nas legislações sociais básicas do Estado brasileiro voltadas tanto para a saúde quanto para a migração.

A presente contribuição foi construída por meio da literatura que tem abordado o tema e a problemática que o envolve nas cidades, de estudos empíricos e/ou documentais, assim como o uso da observação participante pela autora, durante o período de 2019 a 2020, quando atuou como supervisora de núcleo no Posto Avançado de Atendimento Humanizado ao Migrante (PAAHM), o qual, juntamente com o Núcleo de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (NETP) compõem Programa Estadual de Atenção ao Migrante, Refugiado e Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, do Governo do Estado do Ceará,

O Programa Estadual de Atenção ao Migrante, Refugiado e Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas surgiu em dezembro de 2018, quando o Governador do Estado, Camilo Santana, promulgou o Decreto-Estadual nº 32.915, o qual alterou o Programa Estadual de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (PETP), sob o âmbito da Secretaria de Justiça do Estado do Ceará (SEJUS) para Programa Estadual de Atenção ao Migrante, Refugiado e Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, passando para a responsabilidade da Secretaria de Proteção Social, Justiça, Cidadania, Mulheres e Direitos Humanos (SPS). Com a redefinição, o Programa Estadual de Atenção ao Migrante passou a atender dois públicos específicos: migrantes/refugiados e vítimas de tráfico de pessoas⁷.

No tocante ao atendimento de migrantes/refugiados, o trabalho do Programa Estadual é de ser um núcleo de fortalecimento na promoção de ações de articulação da rede jurídica e socioassistencial, favorecendo a integração dos esforços entre os mais diversos órgãos do Sistema de Defesa Social, Justiça, Políticas de Proteção Social, Direitos Humanos e Sociedade Civil Organizada.

Foi a partir do exercício profissional diário no Programa Estadual que a autora iniciou seu interesse em compreender a efetivação da saúde, como direito humano fundamental, aos migrantes e refugiados a partir da correlação entre as três categorias - migração, saúde e direitos humanos - a luz das legislações oficiais

e da prática profissional no atendimento direto a este segmento no Estado do Ceará.

Esse artigo está organizado em quatro seções, além desta Introdução e das Considerações Finais. Na primeira seção reflete-se sobre vulnerabilidades especificamente relacionadas aos processos migratórios; na segunda seção discute-se sobre a saúde enquanto pauta dos direitos humanos fundamentais; na terceira parte, trabalha-se a saúde na construção histórica de referências normativas sobre a migração pelo Estado brasileiro; na quarta seção traz-se a discussão central deste estudo: o acesso de migrantes e refugiados aos serviços de saúde no Brasil, ressaltando o que preconiza os princípios e diretrizes da Lei 8.080 e da Lei da Migração.

2. SITUANDO AS VULNERABILIDADES EM CONTEXTOS MIGRATÓRIOS

Em seu estudo sobre a vulnerabilidade social em contexto migratório, Lussi e Marinuci (2007) realizam uma análise da etimologia da palavra “vulnerável”, chegando ao significado “ferida”. Assim, os autores mostram que uma pessoa vulnerável é aquela que está ferida ou que possui uma maior probabilidade de ser ferida (violentada, atacada, derrotada, ofendida, prejudicada) não, apenas, na dimensão social, mas também nas dimensões psíquicas e jurídicas e, por este motivo, emprega-se, neste trabalho, o termo “vulnerabilidades” no plural.

Aplicando essa definição a migrantes e refugiados, os autores compreendem que este conceito os vitimiza, pois os associa a uma dimensão de fragilidade, de mortificação (LUSSI e MARINUCI, 2007). Essa visão não permite que percebamos que essas pessoas trazem consigo possibilidades e capacidades de ressignificação de suas vidas, histórias e lugares. Nesse sentido, compartilha-se, neste estudo, do conceito de vulnerabilidade defendido por Lussi e Marinuci (2007, p. 2) para os quais a vulnerabilidade

não se refere a pessoa do migrante, mas à situação em que ela se encontra no ato migratório. Por isso, ao invés de falar em “vulnerabilidade dos migrantes”, é mais correto falar de “migrantes em situação de vulnerabilidade”, frisando desta maneira que a vulnerabilidade não é uma característica inerente à pessoa migrante, mas à situação em que ela se encontra.

Nesse sentido, entende-se que migrantes e refugiados podem encontrar-se em três tipos de situação geradoras de vulnerabilidades, todas elas relacionadas ao processo migratório: vulnerabilidades anteriores ao ato migratório; vulnerabilidades durante o processo migratório; e vulnerabilidades posteriormente à migração, já no local de destino. Veremos cada uma dessas situações, a partir do trabalho de sistematização dessas vulnerabilidades realizado por Lussi (2009) e Lussi e Marinuci (2007), com o objetivo de ampliar a compreensão sobre essa realidade.

As condições de vulnerabilidades podem acometer migrantes e refugiados antes mesmo do ato migratório em si, sendo o motivo ou um dos motivos que levam a emigração. Antes de discursos emocionados sobre a liberdade, o direito de emigrar e a defesa a favor dos deslocamentos humanos e de um mundo sem barreiras e muros, é preciso entender que muitas dessas pessoas são obrigadas a migrar por razões contingentes, desde uma crise financeira até mesmo a realização de um matrimônio; outras, são forçadas devido a desastres ambientais e mudanças climáticas, como o caso da seca na Somália, em 2017⁸; e, ainda existem aqueles que migram devido a crises humanitárias geradas por conflitos armados e políticos, como as que ocorreram/ocorrem na Síria, Paquistão, Iêmen, tantos outros. Para Lussi (2009, p. 7), a “emigração é um dos principais indicadores do estado de saúde de uma nação”, é geradora de tensões entre grupos étnicos e interesses socioeconômicos e é reveladora das problemáticas nos serviços de base dos países receptores de amplos deslocamentos populacionais.

É preciso destacar, também, as vulnerabilidades e perigos a que migrantes e refugiados estão submetidos em suas trajetórias para o país de destino. Lussi e Marinuci (2007) mostram que tais violações podem ocorrer de maneira física, moral e material (roubos), sendo também, muito comum, o sequestro para redes de tráfico de pessoas, especialmente de meninas e mulheres para a exploração sexual. Segundo dados da Organização Internacional para as Migrações (OIM), somente em 2019, mais de 800 pessoas morreram ao atravessar desertos, rios e regiões remotas ao tentarem migrar através das Américas, sendo esse ano considerado o mais mortal de todos os anos já analisados pela instituição, desde quando iniciou seus trabalhos de coleta de dados há seis anos. Os dados foram

coletados pelo Centro de Análise de Dados da OIM, em Berlim, e divulgados no “Projeto de Migrantes Desaparecidos”, constatando, ainda, que a fronteira do México com os Estados Unidos é uma das regiões mais letais para os migrantes, tanto é que em 2019 foram 497 mortes, e desde 2014 já se somam 2.403 mortes⁹.

Não é à toa que em junho de 2019 uma imagem causou comoção mundial: um pai com a sua filha de dois anos, salvadorenhos, mortos, afogados no Rio Grande, na fronteira entre o México e os Estados Unidos. A foto mostrava a criança e o pai de braços, já à beira do Rio, e a criança com um dos seus braços em torno do pescoço do pai¹⁰. A família tentava fazer a travessia em busca de conseguir asilo nos Estados Unidos. O “Projeto” revelou que só em 2019, 109 pessoas perderam suas vidas no Rio Grande¹¹.

Na divulgação do “Projeto de Migrantes Desaparecidos” no portal da Organização das Nações Unidas (ONU), o diretor do Centro de Análise de Dados da OIM, Frank Laczko, ressaltou que esses dados “são um recado triste sobre a falta de opções para mobilidade segura e legal que empurra pessoas para caminhos invisíveis e perigosos”. O diretor chamou ainda atenção para o fato de que não devemos tolerar ou normalizar a perda dessas vidas simplesmente porque essas pessoas estão cometendo uma migração irregular¹².

Por fim, existem as vulnerabilidades da chegada, ou seja, posteriores ao ato migratório. A partir do trabalho realizado por Lussi e Marinuci (2007), apresentamos alguns tipos de vulnerabilidades que migrantes e refugiados podem se deparar ao chegarem no país de destino. A primeira delas diz respeito à *saudade e a perda de referenciais identitários*, ou melhor, ao drama existencial que o processo migratório pode gerar no migrante. Lussi (2009) mostra como estudiosos de etnopsiquiatria tem debatido sobre a incidência de doenças psíquicas entre os migrantes, muitas delas, relacionadas a depressão, angústias territoriais e frustrações existenciais. Segundo a autora, “o ato de migrar é também um drama, um luto e até um trauma existencial” (LUSSI, 2009, p. 5). Associada a essa vulnerabilidade, encontramos o *estranhamento linguístico, cultural e religioso*, um verdadeiro processo de “desenraizamento cultural” que migrantes e refugiados podem encontrar ao se depararem com territórios

e culturas diferentes das suas. Um exemplo emblemático desse “estresse cultural” é a lei instituída pelo parlamento francês em 2010, a qual multa mulheres que usem o *niqab* - véu islâmico integral - em espaços públicos.

Uma terceira vulnerabilidade diz respeito a *documentação* necessária para regularizar o migrante no país, pois a emissão deste registro leva tempo, gastos e conhecimento sobre a legislação migratória do local. No Brasil, por exemplo, temos uma legislação básica migratória - a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017 - seguida por seu decreto regulamentador - Decreto nº 9.199, de 20 de novembro de 2017, e inúmeras portarias, portarias interministeriais e resoluções normativas que definem as diferentes modalidades de regularização migratória existentes no país. O desconhecimento dessas diversas modalidades e qual melhor se aplica a cada caso de migração acaba tornando-se um entrave para a regularização do migrante. Além disso, a dificuldade de se conseguir documentos como a Declaração de Antecedentes Penais do país de origem dificulta ainda mais esta regularização, fazendo com que muitos vivam escondidos e não, possam, assim, reivindicar ou ter acesso a direitos sociais básicos.

Daí, surge um outro tipo de vulnerabilidade: *a limitado acesso a serviços sociais básicos*. Sem documento de identificação, seja passaporte, carteira de identidade do país de origem ou carteira de registro nacional migratório, o migrante não consegue emitir outros documentos essenciais para o exercício da sua cidadania, como o Cadastro de Pessoa Física (CPF) e a Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). Com isso, não conseguem se inserir no mercado de trabalho formal, ficando sujeitos ao desemprego prolongado ou situações irregulares de trabalho; e, tão pouco, acessar serviços sociais básicos, nem participar de programas e benefícios governamentais.

Sobre o acesso de migrantes aos serviços sociais básicos no Brasil, no início de 2018, o portal G1 noticiou a realidade de venezuelanos de cidades fronteiriças que viajavam até 11 horas em busca de atendimento médico em Pacaraima, município ao norte do Estado de Roraima. De acordo com a reportagem, os venezuelanos alegavam que havia médicos em suas cidades, mas fugiam da escassez de medicamentos e suprimentos, ou seja, da precariedade do sistema de saúde de seu país. Com isso, a principal

unidade de saúde de Pacaraima registrou, em 2017, 49% dos seus atendimentos destinados à população migrante¹³.

O crescimento exponencial na busca por atendimentos no sistema de saúde devido ao aumento no fluxo migratório sem a redefinição no quantitativo dos serviços prestados leva a manifestações de insatisfação pela presença dos migrantes em solo brasileiro. Ainda, segundo a reportagem do G1, os brasileiros têm reclamado que não conseguem atendimento no referido posto de saúde e chegam a aguardar dois dias para agendar uma consulta. A insatisfação dos brasileiros pode ser percebida na fala da brasileira, usuária do Sistema Único de Saúde, Maria Valdeci, à reportagem do G1: “Nós [brasileiros] somos os últimos a sair daqui. Nas últimas vezes eu tive que ir pra casa porque no posto só tinham venezuelanos. Eu entendo a situação que o país deles enfrenta, *mas nós temos nossos direitos*”¹⁴ (grifo nosso).

A fala da senhora Maria Valdeci é uma clara representação da *xenofobia* a qual migrantes estão sujeitos diariamente e que podemos tomar como mais um exemplo de situação de vulnerabilidade. Ao pronunciar “nossos direitos”, a senhora “estabelece um dentro e um fora, uma interioridade e uma exterioridade, tanto material como simbólica, tanto territorial quanto cultural, fazendo daquele que vem de fora desse território ou dessa cultura um estranho, ao qual se recusa, se rejeita com maior ou menor intensidade” (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2016, p. 9).

A acentuação de atitudes xenofóbicas também pode ser vista por parte de servidores e/ou gestores do Estado, como ocorreu recentemente em Boa Vista, Roraima. A Prefeitura de Boa Vista aprovou, em janeiro de 2020, a Lei Municipal nº 2.074, na qual estabelece o atendimento a migrantes até o limite máximo de 50% nos serviços oferecidos pela rede pública de saúde, assim como em exames e medicamentos, como forma de assegurar o atendimento ao cidadão brasileiro¹⁵. A Lei fere tanto os princípios preconizados pela Constituição Federal de 1988, no tocante a universalização dos serviços de saúde, quanto a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, também conhecida como “Lei do Migrante”, a qual preconiza o “acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (artigo 3º, inciso VIII).

A xenofobia surge do choque cultural ao qual civilizações estão submetidas desde o Mundo Antigo, afinal a palavra tem sua origem no grego. Trata-se conforme Albuquerque Junior (2016) de um sentimento humano, uma atitude humana de intolerância pelo diferente e, como toda forma de intolerância, segundo Eco (2020), é acionada por pulsões elementares, não podendo, por isso, ser criticada ou freada com argumentos racionais. Na xenofobia, “o estrangeiro é ameaçador pois pode levar à perda daquilo que foi construído como forma de ser da pessoa ou do grupo que vive em um dado espaço” (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2016, p. 10), daí o medo da senhora Valdeci de não conseguir atendimento médico e da Lei Municipal nº 2.074 de não conseguir ofertar serviço para todos.

Em seus estudos, Santos e Medeiros (2017) têm constatado o inadequado preparo no atendimento intercultural dos servidores da saúde em meio aos novos fluxos migratórios como uma das grandes dificuldades a serem superadas pela política pública de saúde no Brasil, no que toca o atendimento a migrantes e refugiados. Ventura (2012, p.96) explica que a Organização Mundial da Saúde (OMS) “vem trabalhando para integrar a abordagem dos direitos humanos no contexto da saúde”, mas que é necessário pensar esta articulação como uma via de mão dupla: “incorporar a saúde na agenda externa dos direitos humanos, mas também incorporar os direitos humanos no trabalho do setor da saúde e de justiça (...)”.

Todas essas vulnerabilidades são agravadas pelas *condições infra-humanas no lugar de destino*, ou seja, a ausência de redes sociais, familiares e institucionais que deem suporte afetivo, sociopsicológico e jurídico aos migrantes. Marandola Jr. e Hogan (2009) discorrem sobre o “efeito de vizinhança” como um elemento de coesão entre bairros e lugares¹⁶ que se constituem como comunidades, no sentido de que desenvolvem uma identidade étnica, histórica e migratória. A existência de espaços como Centros de Referência, Pastorais e Programas Estaduais e Municipais voltados ao atendimento e à acolhida de migrantes e refugiados contribuem para diminuir as vulnerabilidades no local de chegada, pois oferecem apoio socioassistencial, psicológico e jurídico, além de serem espaços de encontro, debates, trocas e fortalecimento dos laços interculturais e afetivos.

3. SAÚDE E DIREITOS HUMANOS: UM DEBATE NECESSÁRIO

O debate sobre a promoção e a efetivação do direito à saúde de migrantes e refugiados está diretamente relacionado a concretização dos direitos humanos, pois, conforme explica Marandola Jr. e Hogan (2009) “há um relativo consenso sobre a importância dos direitos humanos para os avanços políticos e a melhoria das condições pessoais e sociais, em especial, de grupos historicamente discriminados e vulneráveis às violações de direitos básicos - negros, mulheres e crianças”.

Por isso, conforme afirma Bobbio (2004, p.17), “o problema grave do nosso tempo, com relação aos direitos do homem, não era mais o de fundamentá-los, e sim o de protegê-los”. O autor completa a sua tese explicando que não se trata mais hoje de saber quais e quantos são os direitos fundamentais do homem, a natureza do seu fundamento, se são absolutos, relativos, naturais ou históricos, mas sim “qual é o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados” (BOBBIO, 2004, p. 17).

O que o autor quer dizer é que os direitos humanos já estão fundamentados e juridicamente consolidados. Foram aprovados por 48 Estados, em 10 de dezembro de 1948, durante Assembleia Geral das Nações Unidas, a qual firmou 30 artigos que passaram a compor a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Para Ventura (2012) os direitos humanos devem ser tomados para além da sua composição legal, e sim como parâmetro ético-universal do agir humano, o quais devem ser seguidos por governos, instituições e indivíduos.

Bobbio (2004) apresenta a história da formação das declarações de direitos e a conquista do seu universalismo como sendo dividida em três fases. A primeira fase é caracterizada pela compreensão filosófica dos direitos do homem, em que a discussão sobre a liberdade ganha uma maior conotação. Nessa fase, Bobbio (2004) afirma que a universalidade é, apenas, um pensamento individual, ou seja, os direitos humanos não tinham força jurídica, apenas filosófica, não eram um direito realizado, mas apenas pensado. É justamente no momento em que essas ideias são acolhidas pelo legislador que Bobbio (2004) demarca a segunda fase, a qual são construídas as Declarações de Direitos

dos Estados Norte-americanos e da Revolução Francesa. Nesta fase, o autor afirma que “os direitos do homem ganham em concreticidade, mas perde em universalidade” (BOBBIO, 2004, p. 19) porque ficam restritos ao âmbito do Estado que os reconheceu.

A universalidade dos direitos humanos só ocorre no século XX, quando as duas grandes guerras mundiais evidenciam a necessidade de se reconhecer os direitos fundamentais do homem em um sistema jurídico-normativo universal, assim como criar mecanismos para a sua proteção por meio de Comissões, Comitês e Cortes Internacionais (VENTURA, 2012). É nesse momento da história mundial que Bobbio (2004, p. 19) sinaliza como sendo a terceira fase de construção dos direitos humanos, com a formatação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, quando “a afirmação dos direitos é, ao mesmo tempo, universal e positiva”, pois, a partir de então, os princípios contidos na Declaração são proclamados, reconhecidos e efetivamente protegidos, além disso, os destinatários não são apenas os cidadãos de determinado Estado, mas sim todos os homens. Assim, “os direitos do homem nascem como direitos naturais universais, desenvolvem-se como direitos positivos particulares, para finalmente encontrarem sua plena realização como direitos positivos, universais” (BOBBIO, 2004, p. 19).

No entanto, Bobbio (2004) compreende que os direitos proclamados na Declaração Universal dos Direitos Humanos não são os únicos e possíveis direitos do homem, pois tratam-se de direitos do homem histórico, ou seja, representam o pensamento de seus legisladores em um determinado contexto histórico. Da mesma forma podemos pensar os direitos proclamados na Magna Carta Britânica, de 1215, nas Declarações de Direitos dos Estados Norte-americanos (1776 e 1789) e a declaração culminante da Revolução Francesa, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789). Segundo Bobbio (2004, p. 20-21), a Declaração Universal representa a consciência histórica que a humanidade tem dos próprios valores fundamentais na segunda metade do século XX. É uma síntese do passado e uma inspiração para o futuro: mas suas tábuas não foram gravadas de uma vez para sempre.

A questão da universalidade dos direitos humanos é central nas discussões empreendidas

por Santos (1997; 2009). Para o autor, a universalidade dos direitos humanos na verdade é uma questão particular do Ocidente, uma questão específica da cultura ocidental, porque foi feita por homens ocidentais que viviam uma realidade própria do Ocidente e, por isso, essa universalidade não é aplicável a outras culturas. O autor aprofunda a sua tese explicando que os direitos contidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos operam como uma forma de globalização hegemônica, quando na verdade deveriam levar em conta uma pauta intercultural. Por fim, o autor defende uma concepção “mestiça” de direitos humanos:

(...) uma política emancipatória dos Direitos Humanos deve saber distinguir entre a luta pela igualdade e a luta pelo reconhecimento igualitário das diferenças, a fim de poder travar ambas as lutas eficazmente. Essas são as premissas de um diálogo intercultural sobre a dignidade humana que pode levar, eventualmente, a uma concepção mestiça de Direitos Humanos, uma concepção que, em vez de recorrer a falsos universalismos, se organiza como uma constelação de sentidos locais, mutuamente inteligíveis, e que se constitui em rede de referências normativas capacitantes (SANTOS, 2009, p. 15).

Ao discorrer sobre a sua participação em um projeto de antropologia recíproca, Eco (2020) também salienta sobre a importância do reconhecimento das diferenças como meio de se combater a intolerância, o racismo e a xenofobia entre povos de culturas diferentes. Para o autor, essa compreensão “não significa avaliar a que o outro deve renunciar para se tornar igual, mas compreender mutuamente o que nos separa e aceitar essa diversidade” (ECO, 2020, p. 90-91). A harmonia, segundo Eco (2020) está na diferença e não na uniformidade.

O reconhecimento do direito à diferença ao lado do direito à igualdade dentro de um contexto intercultural ainda não se fez presente na pauta dos direitos humanos. No entanto, Ventura (2012) chama atenção para o fato de que a construção de Pactos e Convenções internacionais, realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) representa uma forma de reconhecimento desse direito à diferença, ao considerar as particularidades e peculiaridades de determinados grupos sociais, mais vulnerabilizados e sujeitos a violações

de direitos, como mulheres, crianças, negros, indígenas e migrantes.

Nesse sentido, foram construídas as seguintes convenções: Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965); a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979); a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989); Convenção Relativa aos Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes (1989). No que diz respeito a migrantes e refugiados tem-se duas convenções importantes: a Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados (1951) e a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias (1990).

Pensando a saúde, nesse contexto de construção dos direitos humanos, Ramos e Esquivel (2015), em sua “digressão histórica” mostram que a preocupação com a saúde, como direito humano fundamentado em aportes jurídico-normativos, data apenas do século XX. Os autores mostram que a saúde durante a Idade Média estava envolta no “manto da sobrenaturalidade”, compreendendo-se a doença como castigo e a sua cura por meio de procedimentos mágicos, através da figura do “curandeiro”.

À medida que os direitos humanos vão sendo pensados e positivados, a saúde ainda não era abordada como um direito humano fundamental, como pode ser observada por meio da leitura da Magna Carta Inglesa (1215), das Declarações de Direitos dos Estados Norte-americanos (1776 e 1789) e da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789). Formuladas pelo pensamento liberal, tais declarações compreendiam os direitos humanos como restritos aos direitos civis e políticos, os quais eram exigidos para se combater o Estado absolutista e repressor. Bobbio (2004) nos lembra que o desenvolvimento dos direitos humanos passou por três fases: num primeiro momento afirmou-se os direitos de liberdade (século XVIII); num segundo momento afirmou-se os direitos políticos (século XIX); e, finalmente, em um terceiro momento foram afirmados os direitos sociais (século XX).

A ampliação da noção dos direitos humanos reconhecidos não apenas como direitos civis e políticos, mas também como direitos sociais, econômicos e culturais permitiu que a saúde

adentrasse na pauta dos direitos do homem e fosse compreendida como um direito humano fundamental. Em 07 de abril de 1948 é fundada a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual, no preâmbulo da sua Constituição, assinada em 26 de julho de 1946, define que “o gozo do mais alto padrão de saúde alcançável é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social”.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece, no seu artigo 25, que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e, a sua família saúde e bem-estar”; enquanto que o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais¹⁷, acordado pela Assembleia-Geral das Nações Unidas em 19 de dezembro de 1966, em seu artigo 12 acorda que os “Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”, tomando como medidas para assegurar o pleno exercício deste direito:

- a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
- b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
- c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
- d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

Silva (2012, p. 167) nos mostra que não podemos compreender os direitos sociais, civis e políticos desvinculados entre si. Segundo o autor, “as pessoas precisam ser livres para que as escolhas sejam exercidas, para que garantam os seus direitos e participem das decisões políticas na vida em sociedade”. Nesse sentido, Ventura (2012, p. 91) nos lembra que “a efetivação do direito à saúde está intimamente dependente com a realização de outros direitos humanos, que abrangem outras dimensões da vida humana”. Não é à toa que no mesmo preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde estabelece-se uma definição de saúde mais ampliada, compreendendo-a como “um estado de completo bem-estar físico, mental e

social”, não consistindo, “apenas na ausência de doença ou de enfermidade”¹⁸, o que significa que a saúde é associada a necessidade do cumprimento de alguns determinantes sociais como: fatores econômicos, sociais, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais¹⁹.

Silva (2012, p. 165) explica que “o Estado brasileiro filia-se ao sistema jurídico consagrador dos valores fundamentais da dignidade da pessoa humana e da justiça social” incorporando todos os princípios, normas e mecanismos de efetivação dos direitos humanos na Constituição Federal de 1988. A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como um direito social (artigo 6º), enquadrando-a dentro do conjunto de políticas públicas que compõe o quadro da seguridade social do país, juntamente com as políticas de assistência social e previdência social. No artigo 196 da Constituição Federal de 1988 fica determinado que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e outros agravos”.

Nesse sentido, percebe-se a compreensão do direito à saúde, formalmente reconhecido como um direito humano fundamental, voltado a preservação da vida e da dignidade humana. Além disso, o mesmo artigo ainda determina que o acesso aos serviços e ações de saúde seja prestado de modo universal e igualitário para a sua promoção, proteção e recuperação, com isso nos indagamos como a compreensão da universalidade e da igualdade no acesso a saúde no Brasil é trabalhada no contexto jurídico-legal migratório? Para tanto, precisamos antes compreender como o país legisla sobre a migração e o refúgio.

4. A SAÚDE NA FORMAÇÃO DA LEGISLAÇÃO MIGRATÓRIA BRASILEIRA: ENTRE A XENOFobia E A SEGURANÇA NACIONAL

Ao discorrer sobre a trajetória de construção da política de saúde no Brasil, Bravo (2006) explica que a questão da saúde só passou a ser assumida pelo Estado brasileiro na década de 1930, devido ao processo de industrialização acrescido da aceleração da urbanização e da ampliação da massa trabalhadora, os quais exigiram uma redefinição do papel do Estado com o desenvolvimento das políticas sociais e

de outras respostas as necessidades da classe trabalhadora.

A autora nos mostra como o nascimento de uma política de saúde nacional esteve tensionada pela existência de dois subsistemas: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. Ela explica que “[o] subsector de saúde pública será predominante até meados dos anos 1960 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo” (BRAVO, 2006, p. 04).

Dentro deste cenário de construção de políticas sociais, próprio da década de 1930, também vemos o desenvolvimento de aportes normativos que abordam direta ou indiretamente a questão migratória, porém com teor, essencialmente, xenofóbico. Milese (2007) nos mostra que a Constituição de 1934 e a Constituição de 1937 eram restritivas ao impor limites para o quantitativo de migrantes que poderiam viver no País. Além disso, especificamente a Constituição de 1937, estabelecia uma limitação a entrada no país de certas “raças” e origens, privilegiando a imigração europeia.

A autora mostra que a mesma perspectiva pode ser observada no Decreto-lei nº 7.967, de 18 de setembro de 1945, instituído como uma forma de se expandir e flexibilizar a política migratória para a ampliação da mão-de-obra especializada no país, contudo, o Decreto era racista ao, novamente, privilegiar a ascendência europeia como forma de preservar a composição étnica da população.

Até a década de 1960, é possível visualizar, dentre várias ações do Estado na área da saúde, as seguintes: campanhas sanitárias e criação de serviços de combate às endemias com financiamento norte-americano; consolidação de uma Política Nacional de Saúde (1945-1950); criação do Plano Salte, na década de 1940, com destinação de verbas para a saúde, porém nunca implementado; aparecimento, ainda que pouco expressiva, de uma estrutura hospitalar natureza privada, com fins lucrativos (BRAVO, 2006). Mesmo com todas essas ações, não foi “possível eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também de mortalidade geral (BRAVO, 2006, p. 05).

No que diz respeito a atenção dada a saúde de migrantes, nesse período, Braga e Paula (1986 apud BRAVO, 2006) explicam que houve uma

interiorização das ações de saúde para as áreas de endemias rurais, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra.

Durante o período da Ditadura Militar, Bravo (2006) nos mostra que houve um declínio da saúde pública e o crescimento da medicina previdenciária. Na realidade, ao percorremos a história de surgimento de ambas políticas - saúde e previdência social - notamos que as mesmas se interseccionam, afinal de contas o marco da previdência social no Brasil, a Lei Eloy Chaves, estabelecia a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) as quais previam, além de benefícios previdenciários, a assistência médico-curativa e o fornecimento de medicamentos. Assim, temos a construção de uma política de saúde pública atrelada a condição de ser-trabalhador, restando aos pobres, a assistência médica filantrópica.

O Estatuto do Estrangeiro, Lei nº 6.815, promulgado no contexto ditatorial, estabelecia a saúde como uma dimensão avaliativa para a concessão de visto ao “estrangeiro” que desejasse entrar em território brasileiro (artigo 7º - IV), estabelecendo a fiscalização do Ministério da Saúde, da Justiça e da Fazenda nos locais de entrada (artigo 22). Da mesma forma, o Estatuto também condicionava a concessão da naturalização a condição de possuir “boa saúde” (artigo 112-VIII), porém não exigiria prova desta condição aos estrangeiros que que residissem no País há mais de 2 anos.

A compreensão sobre a migração, dada pelo Estatuto do Estrangeiro, “partia do entendimento de que a pessoa que migra seria aquela que efetivamente não pertence ao nosso país”, daí a própria noção de “estrangeiro”. Tal compreensão era própria do contexto ditatorial brasileiro. Waldman (2016), em sua tese de doutorado, constatou que os deveres estavam mais significativamente expressos do que os direitos.

A perspectiva era, portanto, claramente excludente. Era uma legislação para pessoas ‘*não nacionais*’, marcada por restrições de direitos e imposição de muitos deveres, sob a justificativa da proteção ao *interesse nacional*, à segurança nacional e ao *trabalhador nacional*. (WALDMAN, 2018, p. 10, grifos do autor).

O Decreto nº 86.715, de 10 de dezembro de 1981, que regulamentava a Lei nº 6.815, estabelecia que o exame de saúde era obrigatório para todos os estrangeiros que quisessem adentrar em território brasileiro, independentemente do

tipo de visto (consular ou temporário), inclusive para os “estrangeiros” que já viviam no Brasil e quisessem transformar o visto temporário em permanente. No caso de se estar fora do Brasil, a avaliação médica era expedida por Repartição Consular, enquanto que no Brasil, o órgão do Ministério da Saúde responsável por tal atividade era a Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras. O texto do Decreto também explica que os “estrangeiros”, no momento da admissão no território nacional, deveriam, ainda, se apresentar para exames complementares.

A exigência da “boa condição de saúde” era tão forte que o Decreto nº 86.715 destinava uma única seção para discutir as condições de saúde do estrangeiro candidato à entrada ou permanência no País, porém, em nenhum momento, explica o que considerava como uma “boa condição de saúde”. Como, nessa época, a migração era condicionada ao abastecimento de mão-de-obra para o mercado de trabalho, o texto da seção deixa bem claro que será avaliada a capacidade física do estrangeiro para a profissão a qual se destina (artigo 29, parágrafo único). E mais: o Decreto explica que todo o grupo familiar deveria comprovar possuir essa “boa condição de saúde”, ainda que somente o chefe de família fosse candidato à imigração, e a inabilitação de um dos membros do grupo familiar, acarretaria na rejeição da entrada ou permanência todos no país.

Tal comprovação, conforme o Decreto, poderia ser feita mediante a apresentação dos seguintes documentos: registro de família, declaração consular ou documento idôneo a critério da autoridade de saúde, emitidos por médico da Repartição consular ou por órgãos oficiais do país de origem, quando não houvesse Repartição consular.

Tais restrições não seriam aplicadas para maiores de sessenta anos de idade, dependente de migrante qualificado, e naqueles casos de interesse nacional, desde que as condições de saúde do estrangeiro não representassem um risco à saúde pública nacional.

Como podemos observar a redação do Decreto nº 86.715 estava em comum acordo com a essência do Estatuto do Estrangeiro e de todas as legislações desenvolvidas até o período, as quais eram extremamente rígidas para o migrante e sua família, utilizando como justificativa a proteção dos interesses da nação

e a segurança nacional. No entanto, a seção foi revogada dez anos após a promulgação do Decreto, por meio do Decreto nº 87/1991, como forma de simplificar as exigências sanitária para o ingresso e a permanência de estrangeiros no País.

Com a redemocratização do país e a instituição do Estado Democrático de Direito, a Constituição Federal de 1988, mesmo não apresentando nenhum artigo direto sobre a questão migratória, faz uma equiparação entre brasileiros e “estrangeiros”, em seu artigo 5º: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.

Nesse sentido, o conteúdo presente no Estatuto do Estrangeiro não encontrava recepção no novo texto constitucional. Entretanto, somente em 2017 foi aprovada uma nova lei migratória no País, a Lei nº 13.445, também conhecida como “Nova Lei de Migração”. Waldman (2018) apresenta 5 grandes mudanças empreendidas pela Nova Lei de Migração: a primeira diz respeito a mudança de nomenclatura, deixando de existir o termo “estrangeiro”, o qual possuía uma conotação excludente; a segunda inovação é quanto ao próprio conceito do texto normativo, pois deixava-se de utilizar uma perspectiva de “segurança nacional” para a dos “direitos humanos”; a terceira inovação aborda o alcance da lei, não voltada apenas para os migrantes internacionais residentes no país, mas também para visitantes, residentes fronteiriços e apátridas; quarta inovação está na abordagem dada aos emigrantes, destinando um capítulo inteiro ao tema; e, finalmente, a quinta e última inovação está no estabelecimento de mais formas de regularização migratória, como autorizações de residência e acolhida humanitária.

Diante do exposto, parte-se, agora, para o ponto central do presente estudo: compreender o acesso de migrante e refugiados aos serviços de saúde no Brasil, por meio de uma interlocução entre a Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080 e a Lei nº 13.445. Percebe-se que é urgente desmistificar o acesso à saúde, tanto para migrantes, que por desconhecimento ou dificuldades de compreensão não entendem como se dá o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como para servidores,

que, tradicionalmente, ainda compreendem o migrante como um estrangeiro.

5. O ACESSO DE MIGRANTES E REFUGIADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DA FORMULAÇÃO DA NOVA LEI DE MIGRAÇÃO

Na década de 1980, vemos o surgimento de novos sujeitos sociais que dão uma dimensão política a discussão da saúde pública no Brasil, atrelando-a democracia (BRAVO, 2006). Esses novos sujeitos sociais lutam pela universalização do acesso à saúde; pela compreensão da saúde como um direito de todos e um dever do Estado; pela reestruturação da saúde pública por meio da criação de um Sistema Único de Saúde; pela descentralização das ações e serviços de saúde aos Estados e Municípios; por seu efetivo financiamento e pela democratização do poder local, com a criação de novas instâncias de gestão com a participação da comunidade. O marco dessas solicitações foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília-DF.

Ainda que o processo da Constituinte tenha envolvido dos blocos de forças - grupo empresariais e forças da Reforma Sanitária - o texto da Constituição Federal de 1988 “atende, em grande parte, às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar” (BRAVO, 2006, p. 10), colocando-o como complementar à saúde pública, preferencialmente realizado por entidades filantrópicas e vedando a destinação de recursos públicos para financiar instituições com fins lucrativos.

Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988, estabelece, em seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Nesse sentido, o texto constitucional, mesmo de maneira não explícita, deixa claro que a saúde é um direito de todos, e o acesso deve contemplar também os migrantes.

Segundo Paim et. al. (2011), a implementação da política de saúde a partir das orientações preconizadas pela Constituição

Federal de 1988 teve início em 1990, quando da posse de Fernando Collor de Mello, que ao seguir as regras do ajuste neoliberal não se comprometeu com a agenda sanitária do país. Bravo (2006, p. 15) explica que “[a] tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado”.

Ainda assim, na década de 1990, houve a implementação da Lei nº 8.080, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde (LOS), especificando as atribuições e a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual passa a ser orientado por meio dos seguintes princípios doutrinadores: a universalidade do acesso e serviços; a equidade no atendimento, com o reconhecimento das diferenças sociais e culturais e das necessidades pessoais e de segmentos e grupos específicos; e a integralidade, como compreensão do homem em sua totalidade, assim como da própria política a qual deve se basear na prevenção, na promoção, no tratamento e na reabilitação.

A promulgação da Nova Lei do Migrante, em maio de 2017, buscou deixar evidenciada a garantia que migrantes e refugiados possuem ao direito à saúde, por meio do acesso a serviços públicos de saúde, em condição de igualdade com os nacionais, como forma de manter a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, ou seja, os direitos humanos fundamentais (artigo 4º - VIII). Além disso, o artigo também deixa claro que este acesso aos serviços públicos de saúde, assistência e previdência social deverá ser sem discriminação em razão da nacionalidade ou da condição migratória.

No entanto, Baraldi (2020) explica que são, justamente, questões como a condição migratória e a ausência de conhecimento cultural por parte dos servidores da saúde, assim como de conhecimento legal, especialmente sobre o direito de migrantes e refugiados ao sistema público de saúde, por parte tanto dos servidores como dos migrantes que se tornam empecilhos para a garantia do direito à saúde.

Baraldi (2020) explica que para migrantes e refugiados acessarem o Sistema Único de Saúde necessitam possuir o Cartão Nacional de Saúde e para isso alguns documentos são exigidos, como documento de identidade e comprovante de residência. No entanto, poucos profissionais têm conhecimento de que o documento

a fazer, principalmente no que diz respeito a informação dos direitos e a pauta intercultural para que migrantes tenham acesso aos seus direitos fundamentais no Brasil.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi o de dar maior visibilidade ao direito à saúde de migrantes e refugiados em território brasileiro. O Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolvido no Brasil é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, garantindo a seus cidadãos o acesso ao direito fundamental da saúde por meio dos seus princípios doutrinários e organizativos.

Nesse sentido, é preciso fortalecer esse sistema para que o mesmo possa estar adaptado para atender momentos de intenso fluxo migratório no País e, com isso, evitar que o preconceito, o racismo e a xenofobia façam parte dos atendimentos e da construção de mecanismos legais excludentes, como vem ocorrendo no Estado de Roraima.

Para isso é necessário haver pesquisa e planejamento por parte dos gestores de saúde dos municípios, Estados e Governo Federal, afinal de contas para se elaborar ações e intervenções como políticas públicas é necessário ter dados detalhados e sistematizados. A existência também de órgãos municipais e estaduais, como o Programa Estadual de Atenção ao Migrante, Refugiado e Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, em Fortaleza; o Centro de Referência e Atendimento para Imigrante (CRAI) em São Paulo; o Centro de Referência de Atendimento ao Imigrante (CRAI) em Santa Catarina; o Grupo de Assessoria a Imigrantes e a Refugiados (GAIRE) no Rio Grande do Sul, além da atuação das Pastorais dos Migrantes em todo o Brasil auxiliam para o esclarecimento dos direitos dos migrantes, garantindo a efetivação do seu acesso a saúde, além de se tornarem pontos de apoio e de interconexão entre os muitos serviços ofertados pela rede socioassistencial e sociojurídica no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz. *Xenofobia: medo e rejeição ao estrangeiro*. São Paulo: Cortez, 2016. 192 p.
- ASBAHR, Péricles. Considerações sobre o Direito Humano à Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, volume 5, n. 3, novembro de 2004.
- BARALDI, Camila. *Acesso à Saúde (módulo 6)*. Apostila do Curso Migracidades: aprimorando a governança local. Desenvolvimento do curso realizado no âmbito do acordo de Cooperação Técnica FUB / CDT / Laboratório Latitude e Enap. Brasília, 2020.
- BOBBIO, Norberto. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BRAVO, Maria Inês de Sousa. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 2. ed. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2007
- BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.
- ECO, Umberto. *Migração e Intolerância*. Rio de Janeiro: Record, 2020.
- GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. *Métodos de Pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009
- GIL, Antônio Carlos. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.
- GRANADA, Daniel; CARRENO, Ioná; RAMOS, Natália. RAMOS, Maria da Conceição Pereira. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface*. Botucatu. V. 21. pp. 285-96. 2017.
- LINDGREN-ALVES, José A. *É Preciso Salvar os Direitos Humanos*. São Paulo: Perspectiva, 2018.
- LUSSI, Carmem. *Conflitos e vulnerabilidades no processo migratório*. Disponível em: <https://www.csem.org.br/wp-content/uploads/2020/05/2009_Conflitos_e_vulnerabilidades_no_processo_migratorio_CARMEM_LUSSI.pdf>
- LUSSI, Carmem; MARINUCI, Roberto. *Vulnerabilidade social em contexto migratório*. Disponível em: <https://www.csem.org.br/wp-content/uploads/2018/08/vulnerabilidades_dos_migrantes.pdf>.
- MARANDOLA JR, Eduardo; HOGAN, Daniel Joseph. Vulnerabilidade do lugar vs. vulnerabilidade sociodemográfica: implicações metodológicas de uma velha questão. *Revista Brasileira de Estudos de População*. Rio de Janeiro, v. 26, n.2, pp. 161-181, jul/dez, 2009.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.
- MARINUCCI, Roberto; MILESI, Rosita. Migrações Internacionais: em busca da cidadania universal. *Sociedade em Debate*. Pelotas. V.11. pp. 13-37. dez/2005.
- MARTIN, Denise; GOLDBERG, Alejandro; SILVEIRA, Cássio. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde Sociedade*. V. 27, n. 1, pp. 26-36. 2018.
- MILESI, Rosita. Por uma nova Lei de Migração: a perspectiva dos Direitos Humanos. Caderno Refúgio, Migrações e Cidadania, Brasília: DF, pp. 77-88. ago-2007.
- _____; LEITE, Virgílio. Migrantes: uma questão de Direitos Humanos. Os fundamentos de uma nova agenda dos migrantes. Artigo divulgado pelo Instituto Migrações e Direitos Humanos, em outubro de 2001. Disponível em: <<https://www.migrante.org.br/migracoes/migrantes-uma-questao-de-direitos-humanos/>>. Acesso em: 30/08/2020.
- MOULIN, Carolina. Os direitos humanos dos humanos sem direitos: refugiados e a política do protesto. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. V. 26. n. 76. junho/ 2011.
- OIM. Organização Internacional para as Migrações. *Glossário sobre Migrações*. Genebra: OIM, 2009.
- PAIM, Janailson et. al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. London, pp. 11-31, maio. 2011. Disponível em: <<https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>
- RAMOS, João Gualberto Garcez. ESQUIVEL, Carla Liliane Waldow. O direito à saúde como direito humano fundamental: breves considerações a respeito do seu formato legal à sua eficácia social. *Ciências Sociais Aplicadas em Revista - UNIOESTE/MCR*. V.15. n. 28. 1 semestre 2015.

- REIS, Rossana Rocha. A Política do Brasil para as Migrações Internacionais. *Contexto Internacional*. V. 33, n. 1, janeiro/junho, 2011.
- SANTOS, Heloísa Souza; MEDEIROS, André Aparecido. Migração e Acesso aos Serviços de Saúde: a necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos humanos. XV Semana de Relações Internacionais. Marília: *Anais do Congresso*. 2017.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. Direitos Humanos: o desafio da interculturalidade. *Revista Direitos Humanos*. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, n. 2, jun-2009.
- _____. Uma concepção multicultural de Direitos Humanos. *Lua Nova*. São Paulo, n. 39, pp. 105-124, 1997.
- SILVA, Daniela Florêncio da. O fenômeno dos refugiados no mundo e o atual cenário complexo das migrações forçadas. *Revista Brasileira de Estudos da População*. Belo Horizonte. V. 34, n. 1. pp. 163-170. jan./abr., 2017.
- SILVA, Eduardo Pordeus. Direito Humano à saúde e a questão da cidadania socioeconômica. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília a.49 n. 193 jan./mar. 2012.
- SOARES, Karine Giuliano; SOUZA, Francisca Bezerra de. O refúgio e o acesso as políticas públicas de saúde no Brasil. *Tralls (Trayectorias Humanas Trascontinentales)*. n. 4. 2018.
- TEIXEIRA, Janine Vieira; CRUZ, César Albenes; AZEVEDO, Ana Paula. Universalidade do atendimento à saúde no Brasil: impasses e perspectivas. *Revista de Políticas Públicas*. São Luís, v. 20, n. 1, pp. 201-220, jan./jun. 2016.
- VENTURA, Miriam. Direitos Humanos e Saúde: possibilidades e desafios. *Saúde e Direitos Humanos*. v. 7, pp. 87-100, 2012.
- VILLAMAR, Maria del Carmen Villarreal. Portas não tão abertas: a política migratória brasileira no contexto latino americano. *Coletiva*. Dossiê 23 - Migrações recentes e refúgio no Brasil. Out.nov.dez.jan. 2018-2019.
- WALDMAN, Tatiana Chang. *Uma Introdução as Migrações Internacionais no Brasil Contemporâneo (Módulo I)*. Apostila do Curso financiado pelo Fundo da OIM para o Desenvolvimento (IDF). 2018.
- _____. *Entendendo a Legislação Brasileira - Parte 1: Nova Lei de Migração (Módulo II)*. Apostila do Curso financiado pelo Fundo da OIM para o Desenvolvimento (IDF). 2018.
- _____. *Nem clandestinos, nem ilegais: construindo contornos para uma definição da condição migratória não documentada no Brasil*. 2016. 245f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.
- _____. *O mundo em movimento (unidade 1)*. Apostila do Curso Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas no Brasil financiado pelo Escritório de Monitoramento e Combate ao Tráfico de Pessoas do Departamento de Estado dos Estados Unidos e implementado pelo ICMPD (*International Centre for Migration Policy Development* / Centro Internacional para o Desenvolvimento de Políticas Migratórias), em parceria com a Secretaria Nacional de Justiça do Ministério da Justiça e Segurança Pública, a Polícia Federal, o Ministério Público Federal e o Instituto Migrações e Direitos Humanos. ICMPD: Brasil, 2020.
- WENDEN, Catherine Wihtol de. As novas migrações. *SUR*. Dossiê SUR sobre Migração e Direitos Humanos. V. 13. n. 23. pp. 17-28. 2016.

NOTAS

1. De acordo com o Glossário sobre Migrações (OIM, 2009, p. 42) encontramos o termo “migração internacional” para designar os “[m]ovimentos de pessoas que deixam os seus países de origem ou de residência habitual para se fixarem, permanente ou temporariamente, noutro país”. Apesar de existir as terminologias “imigrante” e “emigrante” adota-se o termo “migrante internacional” para sintetizá-los, indicando a transposição de fronteiras.
2. Mundo registrou cerca de 281 milhões de migrantes internacionais no ano passado. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2021/12/1772272>> Acesso em: 26/05/2022. OIM: migrantes internacionais somam 272 milhões, 3,5% da população global.
3. Cf. Relatórios Anuais de 2021. Disponível em: <<https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>>. Acesso em: 2/05/2022.
4. Cf. Relatórios Anuais de 2020. Disponível em: <<https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/relatorios-a>>. Acesso em: 2/05/2022.
5. Cf. Política na Venezuela: o fim de uma era? Disponível em: https://www.politize.com.br/politica-venezuela/?https://www.politize.com.br/&gclid=CjwKCAiA25v_BRBNEiwAZb4-Ze6YRdJ2QxLxEPVaKDQYUSfXVAfrSHqhWPoF8nhH6e9ExuFvYGYU4RoCNTcQAvD_BwE. Acesso em: 26/12/2020
6. Dados sobre refúgio no Brasil. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/dados-sobre-refugio-no-brasil/>> Acesso em: 17/04/2020.
7. É preciso ressaltar a intrínseca relação existente entre esses dois públicos específicos. Segundo Waldman (2020), a restrição cada vez maior nas políticas migratórias associada a condições de vulnerabilidade gera violações de direitos humanos e o incentivo a práticas criminosas, como o contrabando de migrantes e o tráfico de pessoas. Assim, o tráfico de pessoas envolve, consequentemente, uma condição migratória, seja ela internacional ou interna.
8. Cf. “Os deslocamentos ambientais como mecanismos de adaptação às mudanças climáticas”. Disponível em: <<https://migramundo.com/os-deslocamentos-ambientais-como-mecanismos-de-adaptacao-as-mudancas-climaticas/>>. Acesso em: 26/12/2020
9. Estudo da OIM aponta que 2019 foi um ano mortal para migrantes cruzando as Américas. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/estudo-da-oim-aponta-que-2019-foi-um-ano-mortal-para-migrantes-cruzando-as-americas/>>. Acesso em: 17/04/2020.
10. Pai e filha salvadorenhos morrem afogados em travessia para EUA e foto provoca comoção. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mundo/noticia/2019/06/26/pai-salvadorenho-e-filha-morrem-ao-atravesar-rio-na-tentativa-de-chegar-aos-eua.ghtml>>. Acesso em: 17/04/2020.
11. Estudo da OIM aponta que 2019 foi um ano mortal para migrantes cruzando as Américas. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/estudo-da-oim-aponta-que-2019-foi-um-ano-mortal-para-migrantes-cruzando-as-americas/>>. Acesso em: 17/04/2020.
12. Idem
13. Venezuelanos levam até 11 horas para receberem atendimento médico na fronteira de RR. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rr/fora/noticia/venezuelanos-viajam-ate-11-horas-para-receberem-atendimento-medico-na-fronteira-de-rr.ghtml>>. Acesso em: 19/04/2020
14. Idem
15. Entidades vão à justiça contra lei que restringe acesso de migrante à saúde em Boa Vista. Disponível em: <<https://www.conectas.org/noticias/entidades-vao-a-justica-contra-lei-que-restringe-acesso-de-migrantes-a-saude-em-boja-vista>>. Acesso em: 18/04/2020.
16. É importante sinalizar que Marandola Jr. e Hogan (2009, p. 167) compreendem o conceito de lugar como um “centro de afetividade”, “foco da experiência humana” e da “razão sensível”. Para eles, o lugar possui uma dimensão coletiva e está diretamente relacionada às relações históricas que a comunidade estabelece com o espaço. Assim, “monumentos, ruas, edifícios, parques, rios, árvores, florestas, bancos de praça, um mastro ou mesmo uma paisagem podem constituir lugares relacionados à historicidade, à memória e à identidade de certo grupo”.
17. O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais foi promulgado pelo Estado Brasileiro por meio do Decreto nº 591, de 6 de Julho de 1992. Disponível

- em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso em: 28/08/2020.
18. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>>. Acesso em: 18/04/2020.
19. Tais determinantes foram definidos pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em 2006, por meio de um Decreto Presidencial, com o objetivo principal de produzir conhecimento e informações sobre os determinantes de saúde, contribuindo, assim, para a formulação de políticas públicas. No entanto, existem outras definições de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como nos mostra Buss e Filho (2007) em seu trabalho.
20. Pelo Estatuto do Estrangeiro, o migrante regularizado no país recebia um documento denominado por Carteira de Identidade Estrangeira (CIE), que continha o número do seu Registro Nacional do Estrangeiro (RNE). Como vimos, com a Nova Lei de Migração houve um esforço dos legisladores em abolir a terminologia “estrangeiro” da nova legislação migratória, com isso a CIE passou a chamar-se por Carteira Nacional de Registro Migratório (CRNM) e o RNE por Registro Nacional do Migrante. No entanto, ainda hoje, é usual ouvir migrantes e servidores da Polícia Federal utilizar o termo RNE para se referir a carteira de identidade do migrante.
21. Devido ao relato de vários casos em que o migrante foi submetido a uma condição vexatória, devido ao formato que o Protocolo de Refúgio possui, em 2020, foi criada uma carteira de identificação, nos moldes da CRNM para solicitantes de refúgio. No entanto, nem todos os solicitantes de refúgio possuem o conhecimento a existência desta CRNM, pois, durante algum tempo era emitida apenas de forma “experimental” em Brasília.
22. Roraima obrigará venezuelanos a mostrar passaporte para ter atendimento médico. Disponível: <<https://www.folhape.com.br/noticias/brasil/roraima-obrigara-venezuelanos-a-mostrar-passaporte-para-ter-atendimento/76681/>>. Acesso: 19/09/2020.
23. Cartazes facilitam comunicação para imigrantes em postos de saúde em Criciúma. Disponível em: <<http://www.engeplus.com.br/noticia/geral/2019/cartazes-facilitam-comunicacao-para-imigrantes-em-postos-de-saude-de-criciuma>>. Acesso em: 19/09/2020.

