

# **MIGRAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A NECESSIDADE DA PAUTA INTERCULTURAL PARA O CUMPRIMENTO DOS DIREITOS HUMANOS**

Heloísa Souza dos Santos<sup>1</sup>  
André Aparecido Medeiros<sup>2</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende a saúde como um dos direitos fundamentais de todo ser humano. Integralidade, equidade e universalidade, princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), estão relacionados aos direitos humanos e à garantia gratuita do direito à saúde por todas as pessoas em território nacional. Contudo, certos fatores ainda prejudicam o acesso aos serviços de saúde, como a desigualdade social, as dificuldades particulares de grupos socialmente vulneráveis e o inadequado preparo referente ao atendimento intercultural, frequente em meio aos novos fluxos humanos no Brasil. O conceito de saúde global como um bem público mundial que transcende fronteiras possui grande potencial de crescimento e colaboração na América Latina, que enfrenta os efeitos da globalização sobre a saúde populacional, impactando nas políticas e sistemas de saúde, reafirmando a colaboração interinstitucional e internacional. Objetiva-se estudar o acesso aos serviços de saúde por migrantes e turistas no território brasileiro, na dimensão dos princípios doutrinários do SUS e compreender o Brasil no cenário latino-americano de necessidades interculturais de acesso à saúde. Será realizado um estudo bibliográfico envolvendo a temática. Palavras-chave: Migração; Saúde Global; Direitos Humanos.

## **Migração e saúde**

O Brasil, ao longo de sua história, recebeu diferentes fluxos migratórios, de modo que distintos povos contribuíram para a formação de características atuais de sua diversidade cultural. Em meio às mudanças econômicas do cenário mundial, o Brasil tem recebido novos imigrantes. Atualmente, as motivações permanecem diversas, mas a busca por segurança e por condições socioeconômicas adequadas podem ser destacadas.

O crescimento dos fluxos migratórios internacionais traz à tona o debate referente à responsabilidade dos Estados em garantir os direitos sociais básicos às populações imigrantes, estando incluso o acesso à saúde. Tal inclusão ocorre pela Constituição Federal Brasileira, de 1988, que estabelece, no artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, realçada, recentemente, com a nova Lei da Imigração (lei número 13.445/2017).

É de se esperar que as necessidades de atenção em saúde no Brasil também envolvam os novos imigrantes, bem como turistas, brasileiros que residam no exterior, e habitantes de

---

<sup>1</sup> Mestranda em Comunicação Midiática, Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação (FAAC), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Câmpus Bauru.

<sup>2</sup> Mestrando em Comunicação Midiática, Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação (FAAC), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Câmpus Bauru.

idades fronteiriças. Não obstante, a regulação e aplicação dessa atenção já enfrentou diferentes problemáticas, inclusive no que tange à recepção social quanto ao “outro”.

Como reflete Cogo (2016, n.p.), “O Brasil é um país que já não reconhece como um país de imigração, embora tenha começado a receber novos fluxos de imigrantes internacionais a partir de 2008 (como haitianos, senegaleses, etc.).” Esse fator é grave em seu desencadeamento. Uma limitada percepção social quanto à pessoa não nascida no Brasil, envolta em ideais discriminatórios, gera repercussões na qualidade de vida e na própria vida de distintas pessoas.

Considerando as características atuais dos fluxos migratórios, bem como de outras formas de trânsito pelo território nacional, esta pesquisa objetiva estudar situações encontradas nas últimas décadas, relativas à questão do acesso aos serviços de saúde no território brasileiro por imigrantes ou pessoas que não residam no Brasil. Busca-se compreender o Brasil no cenário latino-americano e mundial de necessidades interculturais de acesso à saúde e investigar contribuições relacionadas ao acesso à saúde a partir dos direitos humanos.

Trata-se de um estudo bibliográfico. Considerando a literatura existente, a busca bibliográfica se atenta para estudos com enfoque nas políticas públicas de saúde, nos profissionais e gestores de saúde, nos imigrantes e nas pessoas não residentes no Brasil, usuários ou potenciais usuários dos serviços.

Tem-se em vista os princípios doutrinários do SUS estão interconectados, de modo que um inadequado tratamento à universalidade e à equidade também interfere na integralidade da atenção. Da mesma forma, as necessidades humanas também se encontram interconectadas, de modo que dificuldades sociais relacionadas à imigração também podem interferir na saúde da pessoa imigrante.

### **Determinantes históricos, políticos, econômicos e ambientais da saúde**

A Organização Mundial de Saúde entende a saúde como um dos direitos fundamentais de todo ser humano. Em meio a conceitos éticos de equidade, solidariedade e justiça social, melhorias na saúde e no bem-estar de todos constitui o objetivo do desenvolvimento social e econômico (WHO, 1998). Os trabalhadores em saúde desempenham papel-chave na promoção de uma cultura de paz (ONU, 1999). É necessária a máxima atenção aos mais necessitados, aos que sofram de agravos à saúde, aos que não recebam adequados serviços de saúde ou estejam afetados pela pobreza econômica (WHO, 1998), dentre os quais estão os imigrantes.

Conforme previsto pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) o processo saúde-adoecimento é determinado por vários aspectos, dos quais Rufino e Amorim (2012, p. 4) citam: “violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada”, potencializando amplas formas de intervir em saúde, no que diz respeito à garantia da integralidade.

A saúde, além de um anseio comum a todos os povos, envolve necessidades essenciais para a realização de outros desejos ou metas. O acesso aos serviços de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano. Nenhuma distinção baseada na condição internacional do território de pertença de uma pessoa é aceita pela Declaração Universal de Direitos Humanos, de 1948, mostrando que o debate não é tão recente quanto parece, embora tenha recebido novas características em meio ao aumento da globalização.

A saúde, em si, é afetada pela globalização, no que tange à degradação ambiental, ao impacto sanitário e epidemiológico e à transnacionalização dos serviços. Dessa forma, a atenção em saúde também deve estar globalizada, se adaptando aos novos tempos. Conforme Branco (2009, p. 74), “Com a globalização e com a criação do Mercado Comum do Sul – MERCOSUL, o fluxo de estrangeiros no país tem se intensificado. Hoje, num mundo globalizado, a cidadania ultrapassou fronteiras e nacionalidades, também se globalizou.”

A ideia de globalizar a saúde está ligada à construção de um novo cenário de justiça social, embasada na equidade, na ética e no respeito aos direitos humanos e vem sendo construída pouco a pouco, em vista aos benefícios humanos. O conceito de saúde global como uma atenção em prol de um bem público mundial que transcende fronteiras possui grande potencial de crescimento e colaboração na América Latina, que enfrenta os efeitos da globalização sobre a saúde populacional. Tal efeito impacta nas políticas e nos sistemas de saúde, reafirmando a análise crítica às instituições de poder e a necessária colaboração interinstitucional e internacional (FRANCO-GIRALDO, 2016).

A América Latina tem vivenciado situações internas e recebido pressões globais por ações de diferentes tipos de instituições para o cumprimento de metas estabelecidas, incluindo a OPAS (Organização Pan-americana da Saúde), iniciativas privadas e outras instâncias bilaterais ou multilaterais (FRANCO-GIRALDO, 2016), fator inserido no cenário mundial, na reflexão das iniciativas na saúde pública, incluindo a participação cidadã. Estão envolvidas campanhas de informação pública, direcionadas a distintas comunidades. Encontra-se, nas últimas décadas, um cenário de reflexão das iniciativas na saúde pública, incluindo a participação cidadã e a necessidade essencial de uma adequada promoção da saúde.

Com a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (1978), 134 países e 67 organismos internacionais outorgaram reconhecimento mundial ao conceito de atenção primária à saúde (APS). Surge o lema “Saúde para todos”, adotado pela OPAS (Organização Pan-americana da Saúde), para o cumprimento de metas estabelecidas, envolvendo campanhas de informação pública, direcionadas a distintas comunidades (OPAS, 2004). A OMS (2006) entende a promoção da saúde como essência da atenção primária e uma função básica da saúde pública.

Desde a década de 1970 já havia uma construção do de um sistema de saúde, por meio dos movimentos políticos sanitários, culminando com a formalização em 1988 (RUFINO, AMORIM, 2012). Na década de 1980, quando foi criado e institucionalizado, com a Constituição Nacional de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), já ocorriam, no Brasil, importantes discussões sobre saúde global. O SUS desponta, organizando e articulando serviços de saúde, dando suporte e traduzindo em ação a efetivação da política de saúde no Brasil (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Seu surgimento, no tocante à concepção e institucionalização, é marcante na história da saúde pública do Brasil, ampliando a justiça e reduzindo a desigualdade.

Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços ao usuário do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 531).

O SUS surgiu em meio ao processo de redemocratização do Brasil, como lembra Rufino e Amorim (2012, p. 2) garantindo “a universalização da prestação de serviços de saúde pela rede pública, o que resultou na criação das Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde, o que evidentemente não resolve a questão, pelo contrário, a torna aberta ao debate e ao aperfeiçoamento.” Assim, vale a compreensão de que melhorias possam e devam ser buscadas. Como dito pelos autores, até os dias de hoje, gestores e profissionais da saúde vivenciam dificuldades ao pleno funcionamento do SUS.

Além da universalidade de acesso, a integralidade da assistência e a equidade são princípios doutrinários do SUS, garantidos pela lei 8.080/1990. Se relacionam aos direitos humanos e à garantia gratuita do direito à saúde por todas as pessoas em território nacional. Desse modo, mesmo as pessoas não ligadas à previdência passaram a usufruir de tais serviços, inclusive pessoas sem documento de identificação.

Diante de mudanças econômicas mundiais, o Brasil tem recebido novos fluxos de imigração. Considerando todos os fatos mencionados, somando: a salvaguarda do direito ao atendimento sem discriminação, preconizada em várias atualizações do Código de Ética Médica; a proteção ao direito à vida e à integridade pessoal, acordados pela Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica), de 1969, tendo entrado em vigor em 1978; ao Decreto nº 18.956/1929, resultado da Sexta Conferência Internacional Americana, reunida em Havana, que estabelece aos estrangeiros, domiciliados ou em passagem, garantias ao gozo dos mesmos direitos civis essenciais que os Estados concedam aos nacionais, era de se esperar que não houvessem empecilhos quanto ao atendimento em saúde de imigrantes. Contudo, há.

### **A atenção em saúde ao habitante fronteiriço**

Nesse item será discutida o atendimento em saúde ao habitante de regiões de fronteiras, incluindo pessoas que residam no território de outro país, mas circulem pelo território brasileiro e nele venham a procurar atendimento e a pessoa nascida no Brasil, que resida atualmente no território de outro país e venha a precisar de atendimento em município brasileiro. Por extensão, também pode-se considerar a abordagem de pessoa brasileira que resida no interior de países limítrofes ao Brasil ou em quaisquer outros países e precisem de atenção em saúde no Brasil.

O Brasil, por meio de onze estados, faz divisa com 10 países, possuindo um total de 588 municípios localizados na faixa de fronteira (BRANCO, 2009). Considerando os municípios fronteiriços, embora sem dados quantitativos, Branco (2009) afirma que as populações de países vizinhos buscam atendimento de saúde no Brasil. Observa que, no Brasil, não há um marco regulatório único que trate do atendimento a estrangeiros no SUS, excetuando acordos estabelecidos com países vizinhos, que, em certos casos, não são aplicáveis a todas as cidades de fronteira.

Conforme mencionado, a Constituição de 1988 estabelece no 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 sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, n. p.) Entretanto, como relata Branco (2009), o “todos” expresso em tal artigo gera divergências de interpretação, por parte dos gestores públicos e operadores do direito. “Todos os brasileiros natos e naturalizados, ou também o estrangeiro? E o estrangeiro fronteiriço deve ser tratado de forma

diferenciada [...]? [...] urgência e emergência ou também consultas eletivas?” (BRANCO, 2009, p. 41).

A diversidade de interpretações da lei gera grandes conflitos, sem sempre registrados, uma vez que o estrangeiro com atendimento negado não encontra meios de acionar a justiça brasileira (BRANCO, 2009). Enquanto isso, a falta de objetividade “tem gerado grandes dificuldades ao município cujo gestor de saúde decide autorizar o atendimento ao estrangeiro no sistema de saúde, pois nem o Estado nem a União reconhece esse atendimento”, em se tratando do repasse de recursos para as despesas do atendimento à população residente no local (BRANCO, 2009).

Apesar de entraves, é reducionismo interpretar o conceito “todos” como limitado a brasileiros e estrangeiros aqui residentes, pois, como menciona Branco (2009, p. 65), “Dentro de uma perspectiva humanista de interpretação da constituição brasileira, que a partir de 1988 é chamada de Constituição Cidadã, não dá margem a esse tipo de interpretação.” Apesar disso, tanto por parte de atores públicos como políticos, a autora observa a assimetria no entendimento e interpretação das leis e da Constituição Federal, em relação aos atendimentos discutidos.

Os municípios enfrentam os citados entraves administrativos e econômicos. Os recursos recebidos pelos municípios para financiar as ações de Atenção Básica são calculados pelo Ministério da Saúde com base em um valor *per capita*, com base domiciliar nacional, de modo que municípios fronteiriços não recebem para o atendimento da população estrangeira, nem do brasileiro que resida do lado estrangeiro da fronteira (BRANCO, 2009). Em casos mais graves (pessoa inválida ou ferida), se o município se negar a atender o estrangeiro, pode responder por omissão de socorro (BRANCO, 2009).

Branco (2009) relata a dificuldade de atenção em saúde dos brasiguaios, tanto na recusa de atenção em seu país de origem, o Brasil, especialmente dificultada com as exigências trazidas pelo Cartão SUS a partir de 2004, quando se efetivou o início de sua implantação, como no Paraguai, devido à enorme demanda, à falta de um sistema público de atendimento e à precarização do próprio sistema privado.

Houve ainda uma polêmica, em 2006, em Foz do Iguaçu, Paraná, quando o Secretário Municipal de Saúde determinou que não fosse permitido o atendimento do estrangeiro pelo SUS, estendendo a justificativa aos brasileiros residentes no Paraguai, os chamados brasiguaios. Tal feito possibilitou a Ação Civil Pública ajuizada na 1ª Vara Federal Civil de Foz do Iguaçu.

A negativa municipal ocorreu devido à implantação do Cartão Nacional de Saúde – Cartão SUS, *impossibilitando* o atendimento aos brasiguaios e paraguaios na estrutura do SUS, por não preencherem os requisitos para obtenção do cartão, envolvendo domicílio no território

municipal: “Art. 4º Todos os brasileiros, natos ou naturalizados, bem como os estrangeiros com residência permanente no país, têm direito ao CARTÃO SUS, independentemente de sua idade.”. (BRASIL, 2002, n.p.).

A Advocacia Geral da União encaminhou petição inicial ao Ministério da Saúde solicitando auxílio para a confecção da peça de defesa. Branco (2009) analisa que “além do procurador demonstrar conhecimento da região de fronteira [...], ele apresenta os aspectos que envolvem essa demanda”, estando incluídos, problemas enfrentados por brasiguaios, por estrangeiros e pelo município, na falta de compensação financeira, buscando sua sustentabilidade. “Portanto, não é uma ação irresponsável com a preocupação única de garantir o atendimento a quem motivou a ação, mas de fato, dar solução a situação que não é pontual, mas estrutural e histórica, que vai demandar políticas públicas por parte do executivo.” (BRANCO, 2009, p. 50).

O procurador Alessandro José Fernandes enaltece que se ocorre esse tratamento dificultoso dado aos brasiguaios, que são, em verdade, brasileiros, ainda maiores são as dificuldades encontradas por estrangeiros (BRANCO, 2009). Destaca a gravidade do fato de pessoas que não possuam Cartão SUS não poderem ter atendimento eletivo (que soma a maior parte da necessidade de atendimento), apenas podendo ser atendidas em casos de urgência e emergência. Para Alessandro José Fernandes, o conceito de urgência e emergência é definido de forma aberta: “o que é urgência ou emergência, apenas o risco de morte iminente, ou dor aguda, e o forte mal-estar não precisam ser tratados de imediato” (BRANCO, 2009, p. 57).

Alessandro José Fernandes também menciona estrangeiros não residentes na região fronteira, mas visitantes, fator comum em Foz do Iguaçu, que chega a ser a segunda cidade turística do país. Considera que esses estrangeiros devam ser tratados com tanto zelo quanto os cidadãos brasileiros, com plena atenção às garantias de direito à vida e à saúde, à dignidade, respeitando os objetivos fundamentais preconizados pela constituição, na construção de uma sociedade livre, justa e solidária, promovendo o bem de todos, sem preconceitos e discriminação (BRANCO, 2009). O procurador entende que não adiantaria garantir o direito à vida se isso não incluísse também o direito à saúde, devido à decorrência lógica, pois eliminar a saúde de alguém é uma forma de matar, o que também é de entendimento dos tribunais.

Abusos na interpretação têm ocorrido, conforme Alessandro Fernandes, “mormente no que se refere às parturientes, pois não são atendidas quando chegam aos hospitais públicos em trabalho de parto sob o argumento de que o parto era previsível, não se tratando, portanto, de emergência ou urgência”, havendo o exemplo do caso da mulher que deu à luz um filho no banheiro de uma unidade de atendimento, resultando na morte do recém-nascido. (BRANCO,

2009, p. 58). O procurador argumenta a necessidade de uma interpretação da norma à luz da constituição e dos direitos humanos, estendendo aos estrangeiros que aqui se encontrem, independente de residência. Realça a necessidade de que o sistema municipal seja ressarcido pelo Ministério da Saúde.

Em 2011, a portaria que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão) estabelece, no Art. 4º, como objetivos do Sistema Cartão “possibilitar o cadastramento dos usuários das ações e serviços de saúde, com validade nacional e base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do seu titular”, explicando, no Art. 23 que “No caso de brasileiros residentes no exterior e de estrangeiros não residentes no país, será registrado como endereço de domicílio permanente apenas o país e a cidade de residência.” (BRASIL, 2011). Portanto, em 2011 já se reconhece a possibilidade de cadastro de pessoas não residentes no Brasil.

### **A atenção em saúde em meio aos trânsitos humanos**

Institucionalmente, não existe restrição formal que impeça ou dificulte o acesso aos serviços públicos de saúde, porém, a esfera legal e administrativa não se faz suficiente no alcance da equidade, trazendo à tona dificuldades específicas enfrentadas por imigrantes, em especial os internacionais.

A concretização dos direitos relacionados aos imigrantes, conforme Perez Filho (2015):

[...] ainda enfrenta sérios desafios, seja de natureza financeira (hoje fala-se, até numa possível volta da CPMF, como instrumento de financiamento das políticas de saúde pública), seja de natureza estrutural, que perpassa pela formação do profissional, até o remanejamento – ou mesmo a instituição de um novo órgão – responsável pela interface com imigrantes, hoje a cargo da Polícia Federal.

Em meio a essa realidade, o processo de integração de imigrantes envolve tensões que, por vezes, conduzem à marginalização, aproximando a possibilidade de agravos de saúde.

Inicialmente, já se percebe que os grupos imigrantes sofrem as mesmas dificuldades enfrentadas pelos cidadãos autóctones. O acesso à saúde e a qualidade dos serviços públicos prestados representam dificuldades com as quais sucessivos governos federais tem se deparados, há décadas. Os Estados enfrentam problemas de investimento e gestão em saúde suficiente para atingir a equidade (MARTES; FALEIROS, 2013). Além disso, “a generosidade expressa nas normativas jurídicas brasileiras quanto à universalidade do acesso ao sistema público de saúde usualmente esbarra na superlotação, na falta de médicos, na escassez de

medicamentos e na precariedade generalizada do serviço em diversos pontos do país.” (SAMPAIO, 2013, p. 247).

Vivencia-se a realidade de superlotação de unidades de saúde: “O serviço público de saúde no Brasil possui uma demanda quase que inesgotável e, em face de uma oferta limitada por parte das UBS.” (RUFINO; AMORIM, 2012). Também se enfrenta a falta nacional de profissionais de saúde (seja por inadequada oferta de vagas ou por dificuldade de preenchimento das vagas ofertadas, em algumas regiões), além da necessidade de diferentes medicamentos e outras precariedades do serviço. Tal situação corre o risco de se agravar, tendo em vista o congelamento de gastos com saúde e educação por 20 anos, proposto pelo governo federal, promulgado em dezembro de 2016, pelo Congresso Nacional.

Fatores como a desigualdade social, as dificuldades enfrentadas pela comunicação em saúde e as dificuldades particulares de grupos socialmente vulneráveis prejudicam o acesso aos serviços de saúde. Imigrantes sem cidadania se destacam entre os grupos socialmente vulneráveis. Tal fato repercute no âmbito dos serviços de saúde. Assim, inicialmente, os imigrantes enfrentam os mesmos desafios dos nacionais, porém adicionalmente ainda lidam com dificuldades relacionadas à condição de “estrangeiro”.

A dinâmica do atendimento em saúde, somada às dúvidas das equipes de saúde, dificultam o atendimento à pessoa imigrante, especialmente quando não possuem os documentos legitimados pelas autoridades nacionais. Como constatado por Puccini (2013, n.p.):

[...] o detalhe aparentemente simples de exigência de RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento para efetivar o cadastro do Cartão do SUS corre o risco de ser mais uma dificuldade ou dúvida frente ao direito de atendimento, também para pessoas indocumentadas, que pode gerar uma desnecessária contradição.

Os requisitos para obtenção do Cartão Nacional de Saúde, conhecido como Cartão SUS, causou problemas de atendimento ao estrangeiro e ao brasileiro que more em outro país, mesmo que seja em cidade fronteira, também por exigir o domicílio em território nacional: “além da não assistência que por si já é um problema, leva o estrangeiro que necessita do atendimento a criar formas para obter acesso ao sistema de saúde brasileiro, em sua maioria meios ilegais.” (BRANCO, 2009, p. 42).

O caso da recepção de imigrantes em Brasiléia, município do Acre, com cerca de 23 mil habitantes, que faz fronteira com a Bolívia, é de pertinente estudo. Inadequadas condições sanitárias são discutidas por Charleaux (2013), referente a um galpão, em Brasiléia, com capacidade para 200 pessoas, tendo abrigado mais de 830 imigrantes, quase todos haitianos,

confinados, em condições insalubres de higiene, resultando em uma elevada presença de diarreia. Relata:

É insalubre, desumano até. Os haitianos passam a noite empilhados uns sobre os outros, sob um calor escaldante, acomodados em pedaços de espuma que algum dia foram pequenos colchonetes, no meio de sacolas, sapatos e outros pertences pessoais. A área onde estão as latrinas está alagada por uma água fétida, não se vê sabão para lavar as mãos e quase todos com os que conversamos se queixam de dor abdominal e diarreia. Muitos passam meses nessa condição (CHARLEAUX, 2013, n.p.).

Além disso, Conectas (2013) explica a falta de mais funcionários no campo de concentração, no qual, ao longo de três dias, teve apenas dois funcionários trabalhando em período integral. Na gestão do campo, também é mencionada a necessidade de que, além da boa vontade e dedicação dos funcionários, ocorra a constituição de um corpo de trabalhadores familiarizados com crises humanitárias.

Exemplos de dificuldades relacionadas a comunicação são citadas em Conectas (2013, n.p.):

O campo e o hospital não dispõem de nenhum tradutor. Os poucos funcionários tentam falar espanhol, mas os haitianos, na imensa maioria dos casos, falam apenas creole. As instruções para formar filas ou entregar documentos são feitas no grito, o que aumenta a incerteza e a ansiedade dos haitianos, que muitas vezes se aglomeram e brigam por espaço diante do pequeno trailer da Polícia Militar, que serve de escritório da administração do campo. Não há nenhuma sinalética no campo, ou serviço de amplificação de voz. Os poucos cartazes em creole estão escritos à mão. No campo, não há cartazes sobre DST/Aids nem sobre hábitos de higiene, assim como cartilhas sobre direitos ou qualquer outro material comunicacional com orientação aos recém chegados.

Agravando esse fator, em meio à limitação de determinados ambientes, pode surgir a hostilidade. No caso de Brasília, declarações apontam para a alteração no ânimo dos moradores. Entende-se que embora mostrem compreensão e solidariedade com os haitianos, são frequentes as manifestações de cansaço e descontentamento. Os moradores do campo de refugiados “competem por vagas com os moradores locais nos postos de saúde, supermercados, padarias, agências bancárias, farmácias, correios e demais serviços públicos.” (CONNECTAS, 2013, n.p.)

Ainda no âmbito da hostilidade, explícita ou velada, os profissionais da saúde, submetidos ao estresse da demanda cada vez maior, assim como moradores da comunidade, podem desenvolver sentimentos de preconceito e rechaço, como fica evidente em depoimento: “Os políticos estão tratando isso aqui como se fosse um assunto de diplomacia, mas, enquanto

isso, todos os dias, estamos importando miséria e doença sem poder lidar com isso” (CONNECTAS, 2013).

O Cremesp (2015, p. 15) reconhece que o acolhimento de imigrantes “é tarefa capaz de trazer dúvidas pontuais às equipes de saúde e administração”. Luiz Antônio da Costa Sardinha, conselheiro do Cremesp, explica (CREMESP, 2015, p.15) que mesmo o princípio de universalidade sendo um dos pilares do SUS, “o imigrante sem cidadania não conta com modelo sanitário direcionado [...]. Quando procuram atendimento por uma simples febre ou trabalho de parto, por exemplo, sofrem por não portar documentos legitimados pelas autoridades brasileiras”. Como lembra o conselheiro, essa barreira é apenas uma das problemáticas a serem enfrentadas por quem saiu de sua região de origem em busca de esperança para si e para familiares. Em meio a discriminação, trauma e estresse procedente da migração, falta de redes de suporte, declínio econômico e social, barreiras linguísticas e institucionais, rompimentos identitários, choque cultural, exclusão, dentre outros fatores, a depressão é um grave risco enfrentado por imigrantes, guardando particularidades de etnia, gênero e classe social (PUSSETTI, 2009).

O processo de integração de imigrantes envolve tensões que, certas vezes, conduzem à marginalização, levando a agravos à saúde. Observa-se que, apesar do preconizado, as ações em política pública de saúde não demonstram preparo efetivo para atender à demanda intercultural. As informações em saúde disponibilizadas pelo poder público são insuficientes e fazem uso de expressões como “cidadão brasileiro”, despertando um senso de patriotismo que acaba por deixar implícita a exclusão de imigrantes. Tais fatores colocam em choque a generosidade da universalidade, expressa em normativas jurídicas e, conseqüentemente, afetam os direitos humanos.

### **Imigrações motivadas pela saúde: uma outra face da atenção à pessoa de outro país**

Apesar das problemáticas existentes relacionadas ao SUS, verifica-se que, em certos casos, ocorre a satisfação de imigrantes com relação à atenção em saúde no Brasil. A aplicação da universalidade, junto a gratuidade, ultrapassa as possibilidades de atenção de imigrantes em muitos de seus países de origem. Assim, além da atenção em saúde de pessoas que vêm ao Brasil por outros motivos, vale lembrar das chamadas migrações em saúde, quando a mudança de região é motivada por aspectos referentes à saúde.

No Brasil, grande parte das migrações em saúde são motivadas por tratamentos relacionados ao vírus HIV e à aids. Como dito por Aranda (2006), o Brasil atrai migrações em

saúde para tratamentos relacionados ao HIV por possuir um sistema de combate gratuito, considerado pela OMS como um dos melhores do mundo, estando inclusos intervenções quanto aos efeitos colaterais. Menciona o exemplo dos Instituto de Infectologia Emílio Ribas, na Zona Oeste de São Paulo, que atrai pacientes europeus, asiáticos e latino-americanos.

“Ao contrário do que se imagina, o tratamento contra a aids nos países de primeiro mundo é extremamente caro. Em São Paulo, o atendimento pelo programa contra o HIV e a distribuição de remédio são de graça. Isso atrai os imigrantes, que já vêm referenciados para o Ribas”, disse o diretor [Sebastião André de Felice]. Mesmo inferiores aos de outros países, por causa da lei dos genéricos, só os custos do coquetel de três anti-retrovirais bancado pelo governo podem passar de US\$ 1 mil por paciente ao ano, preço inacessível para a maioria dos brasileiros. Outros remédios também são distribuídos. Em outros países, o custo anual dos remédios pode passar de R\$ 10 mil e não é bancado pelos governos. (ARANDA, 2006, n.p.)

Um desses imigrantes foi entrevistado por Aranda (2006). Trata-se de J.G., boliviano de 25 anos, que chegou à capital para trabalhar como costureiro, no Brás: “Estava tudo pronto para eu voltar para La Paz. Mas há um mês descobri que tenho aids e não posso pagar o tratamento no meu país. Aqui no hospital, eu consigo até mesmo os oito remédios que preciso tomar todo dia.” J.G. perdeu 25 quilos, mas conta que está se recuperando. Menciona que precisa encontrar forças e que o jeito é seguir em São Paulo.

O diretor do instituto menciona que nenhum brasileiro fica sem tratamento por conta dos imigrantes. Considera que o número é pequeno, mas que a imigração da saúde possa se tornar problemática, caso aumente (ARANDA, 2006).

Outro hospital do Estado no qual constou algumas dezenas de estrangeiros em tratamento é o Centro de Referência de Tratamento em Aids e DST (CRT/Aids), na Vila Mariana, Zona Sul. Rosana Del Bianco, diretora de internação, menciona que o tempo e a qualidade de vida da pessoa em tratamento é beneficiada no Brasil (ARANDA, 2006, n.p.)

Em um debate do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi discutido o acesso à saúde do estrangeiro no âmbito do SUS. Nele, Aline Albuquerque Santana de Oliveira, Coordenadora de Normas e Legislação da Coordenação Jurídica do Ministério da Saúde, “reforçou a necessidade de que as pessoas se sensibilizem e se apropriem do tema. De acordo com a Coordenadora, esse é um problema mundial em que o Brasil está inserido, mas que não há uma área específica para tratar” (CNS, 2010, n.p.). São mencionados a necessidade de “apropriação do tema pelo Ministério da Saúde e a construção de parâmetros mínimos que permita a padronização do atendimento de estrangeiro na esfera do SUS”, buscando evitar insegurança jurídica e violação da equidade. (CNS, 2010, n.p.).

Tais fatos despertam a atenção para a importância da atuação de organismos internacionais, inclusive no estudo de soluções para os casos de aumento da demanda e dificuldades orçamentárias. De modo algum, levam à invisibilização das dificuldades enfrentados no sistema de saúde, mas também não desencadeiam no congelamento de esforços para a atenção de imigrantes, como se as pessoas fossem um problema e não a razão para a existência de um sistema de saúde. A busca por melhorias deve ser contínua, sendo um passo importante para que implementações também ocorram nos distintos países.

### **Diagnósticos e possibilidades de intervenção**

Verificou-se um conceito de uso referente ao Cartão SUS, que extrapolou a esfera de sistema de identificação que possibilite a vinculação dos procedimentos realizados pelos SUS ao usuário, ao profissional e à unidade de saúde e passou a ser “tomado como instrumento normativo prevalecendo sobre o direito à saúde e à vida.” (BRANCO, 2009, p. 82). O Cartão SUS, diversas vezes, acabou por servir como meio de limitação de acesso aos estrangeiros ou brasileiros residentes fora dos limites territoriais, de modo que o acesso de tais pessoas, por vezes, se mostrou dependente do gestor de saúde do município em questão.

Conforme Branco (2009), há um processo de diferentes interpretações e um entendimento plurívoco da Constituição e de demais legislações referentes ao direito ao sistema de saúde brasileiro, atribuídas pelo Promotor da Saúde Jairo Bisol como resultado de uma formação dos operadores do direito que está sendo reduzida à mera aplicação de códigos, mesmo em meio a grandes transformações políticas, econômicas e sociais. Desse modo, Branco (2009) conclui que as instituições jurídicas precisam repensar o seu paradigma, visto que a história mostra que transformações já ocorreram e seguem ocorrendo. Exemplo disso é a criação do Mercosul, que, mesmo sustentado em interesses econômicos, gerou facilidades para o trânsito das populações de seu território, de modo que questões sociais já emergem.

Para o caso do elevado fluxo da emigração haitiana, decorrente do terremoto que gerou inúmeras vítimas, levando a uma sobrecarga no “pequeno município de Brasiléia”, cabe a consideração de Charleaux (2013, n.p.), de que não possa ser tratado como simples problema migratório, mas gerido “por especialistas em emergências humanitárias desta complexidade”, entendendo que “Esta política de visto humanitário está sendo tudo, menos humanitária.” Perez Filho (2015, n.p.), aponta que é apenas por meio da capacitação e motivação, contando com equipamentos e infraestrutura física suficientes ao atendimento da demanda, que o Estado brasileiro estará “conferindo a proteção integral da saúde aludida pelo Sistema Único de Saúde

– SUS. Em outros termos, é necessário – com urgência – ‘tirar o SUS do papel’, sobretudo nos locais relacionados à entrada de imigrantes.”

A questão da imigração, na perspectiva de saúde pública, deve receber maior atenção e integração com as autoridades responsáveis pela fiscalização de estrangeiros no Brasil, função que atualmente é desempenhada pela Polícia Federal (PEREZ FILHO, 2015). A reflexão, conforme o autor, envolve uma eventual instituição de entidade específica, ficando responsável pela prática *in loco* das políticas públicas.

Faz-se necessário o surgimento de propostas de enfrentamento que garantam o acesso de imigrantes ao direito à saúde. É necessário, como constatado por Rufino e Amorim (2012) o aperfeiçoamento das políticas e da gestão pública em saúde, de modo a preparar gestores e profissionais para o atendimento às distintas populações, incluindo os imigrantes internacionais, em suas especificidades e vulnerabilidades.

Ao lado de outras medidas, a comunicação em saúde deve ser aprimorada com o intuito de garantir o cumprimento dos princípios do SUS e também dos direitos humanos. Comprometida com os movimentos que defendam o direito à saúde e o enfrentamento à exclusão social, profissionais das relações internacionais e da comunicação devem aproveitar as vantagens da globalização em benefício da saúde da sociedade. Devem cumprir seu papel de sensibilizar para o tema, e em apoio aos profissionais de saúde, informar quanto aos direitos e às possibilidades de atuação, propiciando uma consciência sanitária coletiva. Como dito pela Carta de Bangkok (OMS, 2006, p. 2, tradução livre), “comunidades bem organizadas e empoderadas sabem determinar, de modo muito eficaz, sua própria saúde, e podem encorajar os governos e o setor privado a darem satisfação quanto as repercussões sanitárias de suas políticas e práticas”.

É importante que as autoridades se preparem previamente para atender à demanda e que a sociedade consiga respeitar o direito fundamental e alienável de migrantes à saúde, fato já assegurado em tratados internacionais e na Constituição Federal. É importante que o SUS possa identificar as particularidades dos grupos imigrantes e possa oferecer um atendimento sensibilizado. É necessário que os migrantes encontrem espaços para relatarem suas experiências, conseguindo um diálogo com os diversos atores interessados em potencializar os serviços e recursos existentes. As boas práticas devem ser regra no atendimento do SUS e inspirar um tratamento mais efetivo de imigrantes, em outros países. Como dito por Sampaio (2013), a política pública no Brasil deve ser sensível, inclusiva e promotora dos direitos dos migrantes.

É fundamental que existam magistrados que ajam em prol dos direitos humanos, visto que o estrangeiro não possui a legitimidade ativa de agir (BRANCO, 2009). Em entrevista sobre a representação de imigrantes, Denise Cogo aborda a importância do desenvolvimento e manutenção de um trabalho pedagógico em diferentes instâncias da vida social e institucional, a fim de formar diferentes setores da sociedade para a interculturalidade e destaca a necessidade de “que o Estado assuma seu papel, a partir de políticas públicas que assegurem a cidadania efetiva dos imigrantes em todos âmbitos (jurídico, laboral, social, educativo, etc.)” (COGO, 2016, n.p.)

Constitui um desafio na gestão pública no Brasil considerar a participação das populações imigrantes internacionais – que possuem especificidade e vulnerabilidade diferenciadas – como parte ativa da Política Nacional de Promoção da Saúde. Tal fator envolve uma oportunidade para a adoção de estratégias que deem garantia ao direito à saúde no Brasil (RUFINO; AMORIM, 2012). Com um adequado aperfeiçoamento das políticas e da gestão pública em saúde, imigrantes poderão dialogar, mais facilmente, com diferentes atores. Gestores e profissionais poderão estar preparados para o atendimento às distintas populações.

### **Considerações finais**

Foram estudadas diferentes situações relacionadas a imigrações. Por um lado, o percurso histórico de discussões referentes ao acesso, buscando uma política de integração, levando à obrigatoriedade da atenção em saúde universal. Por outro lado, a presença de um despreparo, somado à limitação de recursos, envolvendo espaços públicos, gestão em saúde e profissionais de saúde, em distintos casos, para lidar com a interculturalidade, especialmente quando se trata de um elevado fluxo, como foi o caso de Brasília. Há ainda uma outra situação, que parece distante quando comparada com a anterior, mas que também é uma realidade, se relacionando à satisfação quanto aos serviços de saúde nacionais, seja por serem melhores do que no território de origem da pessoa em questão, ou por atenderem suas necessidades do momento, especialmente no caso da universalização e na qualidade do tratamento de HIV e Aids, para o qual o Brasil é referência mundial.

Observa-se que a política pública de saúde não está pronta para atender à demanda intercultural, levando a ressalvas quanto ao princípio da universalidade do SUS. Como pode ser notado, mesmo não institucionalizada a exclusão, brechas de interpretação e o funcionamento do sistema podem conduzir a inúmeras problemáticas, envolvendo a atenção à

saúde de diferentes grupos imigrantes no Brasil e de turistas, incluindo brasileiros que no Brasil estejam, mas residam em outros países. Dificuldades administrativas enfrentadas no acesso ao direito da saúde representam uma violação que deve ser estudada com vista a melhorias da atenção.

Adicionalmente às dificuldades demográficas, imigrantes enfrentam uma série de desafios para o acesso ao sistema público de saúde, incluindo a questão da linguagem, com dificuldades de entendimento de direcionamentos e com consultas sem o auxílio de tradutores. Envolto na atenção à saúde, está o desconhecimento de imigrantes quanto ao funcionamento do SUS, o inadequado fluxo de informações, o despreparo ou desinformação dos profissionais e gestores em saúde, a exclusão de serviços de saúde preventiva, o inadequado tratamento à diversidade cultural (incluindo incompreensões e a carência de sensibilidade do sistema quanto a questões religiosas), a minimização da dimensão psicológica e o racismo ambiental.

Contrariando a possibilidade de saúde para todos, as áreas jurídica e administrativa demonstram o poder de, por vezes, distanciar tal fator, algo que pode ser notado com as dificuldades de inclusão a determinados direitos, políticas públicas e programas governamentais, que podem ser enfrentadas por imigrantes. Tais questões retornam aos direitos humanos e à sociedade, envolvendo a visibilidade, o debate e o manejo de conflitos.

Embora casos de boas práticas de atenção em saúde existam, as situações de descaso ou desconhecimento ainda persistem, trazendo a necessidade do diagnóstico participativo e de programas específicos. Para a efetivação da globalização da saúde, é necessário o reconhecimento universal, envolvendo diferentes atores sociais e aliados, rompendo barreiras. A saúde pública no Brasil, exemplo mundial, em diferentes aspectos, não deve deixar as populações imigrantes sujeitas às interpretações de envolvidos.

Os direitos humanos compartilham a tarefa com os estudos de saúde de buscar condições melhores ao tratamento humano, redução do sofrimento, tanto vinculado à violência, quanto à doença, incluindo a atenção aos grupos imigrantes. No caso do SUS, que possui ampla percepção sobre as dimensões integradas envolvendo a saúde, as ações envolvendo a saúde do imigrante, assim como dos cidadãos autóctones, devem ser contínuas e não devem se limitar à cura, mas também envolver a reabilitação, a proteção e a promoção da saúde.

Mais do que um atendimento ao “cidadão brasileiro”, importa que o SUS assegure o direito à saúde no Brasil, dando vida à preconizada universalidade. O imigrante que busque, no Brasil, um espaço para sua sobrevivência e realização deve receber condições adequadas ao tratamento de seus direitos, bem como o estrangeiro que esteja no Brasil e o brasileiro que resida fora, sem impedimentos ao acesso à plenitude cidadã.

Espera-se que imigrantes tenham a possibilidade de caminhar rumo a uma vida plena no Brasil e, para isso, os fatores envolvidos com o acesso aos serviços de saúde devem ser considerados. No entendimento das noções dos direitos humanos, a dignidade de alguém não se encontra na nacionalidade, mas em sua condição humana.

Por fim, cabe destacar o fato de este trabalho ter resgatado diferentes momentos políticos referentes ao tratamento dado à questão da migração e da interculturalidade e, ao mesmo tempo, ter sido escrito em um período de transição, no qual entrou em vigor a nova Lei de Migração, no Brasil. Desde a sanção da nova lei, há um curto espaço de tempo, de modo que se torna difícil a existência de estudos que já reflitam reflexos da nova lei, levando esta revisão bibliográfica a não dispor de ferramentas suficientes para abordar tal fase. Novas pesquisas empíricas poderão abordar esse momento, em breve, atualizando a discussão deste estudo e verificando a aplicação da nova lei.

## REFERÊNCIAS

ARANDA, Fernanda. Do mundo para o SUS. **Jornal da Tarde**, 16 ago. 2006. In: Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/na-imprensa/do-mundo-para-o-sus/>>. Último acesso em: 30 jun. 2017.

BRANCO, Marisa Lucena. **O SUS na fronteira e o direito**: Em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. Monografia de especialização. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz Brasília, Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Saúde Coletiva, Curso de Especialização em Direito Sanitário, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/marisa\\_branco\\_sus\\_fronteira\\_direito.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/marisa_branco_sus_fronteira_direito.pdf)>. Último acesso em: 1 jun. 2017.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Último acesso em: 3 jul. 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 940, de 28 de abril de 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940\\_28\\_04\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html)>. Último acesso em: 1 jul. 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.560, de 29 de agosto de 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1560\\_29\\_08\\_2002\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1560_29_08_2002_rep.html)>. Último acesso em: 1 jul. 2017.

CHARLEAUX, João Paulo. In: **Conectas** – Direitos Humanos. Brasil esconde emergência humanitária no Acre. 12 ago. 2013. Ações / Política Externa / Notícias. Disponível em: <<http://www.conectas.org/pt/acoes/politica-externa/noticia/brasil-esconde-emergencia-humanitaria-no-acre>>. Último acesso em: 30 jun. 2017.

COGO, Denise Maria. Entrevista concedida a André Aparecido Medeiros. 2 ago. 2016. [online]

CONNECTAS. Brasil esconde emergência humanitária no Acre. **Conectas** – Direitos Humanos. 12 ago. 2013. Ações / Política Externa / Notícias. Disponível em: <<http://www.conectas.org/pt/acoes/politica-externa/noticia/brasil-esconde-emergencia-humanitaria-no-acre>>. Último acesso em: 30 jun. 2017.

CNS, Assessoria de Comunicação. Acesso à saúde do estrangeiro no Brasil é tema de debate no CNS. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 8 out. 2010. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2010/08\\_out\\_saude\\_estrangeiros.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/08_out_saude_estrangeiros.htm)>. Último acesso em: 30 jun. 2017.

CREMESP. Atendimento a imigrantes sem cidadania é obrigatório por diretrizes legais e éticas. **Jornal do CREMESP**, ed. 332, dez. 2015. Bioética, p. 15. In: CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2127>>. Último acesso em: 30 jun. 2017.

FRANCO-GIRALDO, Álvaro. Salud global: una visión latinoamericana. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v.39, n.2. 2016. pp. 128-136.

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

OMS – Organización Mundial de la Salud. **Promoción de la salud en un mundo globalizado** – Informe de la Secretaria. 59ª. Asamblea Mundial de la Salud, Punto 11.15 del orden del día provisional. A59/21. Ginebra, OMS, 4 maio 2006.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Resoluções aprovadas pela assembléia geral**. Assembléia geral das Nações Unidas. Quinquagésimo terceiro período de sessões. Tema 31 do programa. A/RES/53/243. Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz. 6 out. 1999.

OPAS – Organización Pan Americana de la Salud; OMS – Organización Mundial de la Salud. **Pan American Health Organization**. Notas de primera página. Notas de Prensa. El nuevo compromiso de Salud para Todos en el siglo XXI. Washington, D. C., 24 ago. 2004. Disponível em: <[http://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=355:el-nuevo-compromiso-salud-todos-siglo-xxi&Itemid=488](http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=355:el-nuevo-compromiso-salud-todos-siglo-xxi&Itemid=488)>. Último acesso em: 27 mar. 2017.

PEREZ FILHO, Augusto Martinez. Haitianos no Brasil: Uma questão de saúde pública. In: **Saúde e Direito Sem Fronteiras**. 03 set. 2015. Direito à Saúde / Direitos Humanos. Disponível em: <<http://saudedireito.org/2015/09/03/haitianos-no-brasil-uma-questao-de-saude-publica/>>. Último acesso em: 30 jun. 2017.

PUCINI, Camila. Direito dos imigrantes ao sistema público de saúde. In: **O estrangeiro**. 29 mar. 2013. Análises. Disponível em: <<https://oestrangeiro.org/2013/03/29/direito-dos-imigrantes-ao-sistema-publico-de-saude/>>. Último acesso em: 29 jun. 2017.

PUSSETTI, Chiara. Biopolíticas da Depressão nos Imigrantes Africanos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.4, pp. 590-608, 2009. Disponível em: <<https://oestrangeirodotorg.files.wordpress.com/2013/03/biopolc3adtica-da-depressc3a3o.pdf>>. Último acesso em: 3 jul. 2017.

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). **XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP. Águas de Lindóia, 19-23 nov. 2012.

SAMPAIO, Cyntia. Migração e Saúde: um testemunho. **REMHU**, Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, Brasília, v. 21, n. 40, pp.245-250, Jun. 2013 .

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, 2006. pp.531-562.

WHO – World Health Organization. HEALTH21: health for all in the 21st century – na introduction. **European Health for All Series**, n.5. Office for Europe of the World Health Organization, 1998.