

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE DIREITO DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO

LARISSA ASSIS BATTISTETTI LIMA

A interculturalidade como obstáculo ao direito à saúde: estraneidade, exploração e traumas enfrentados por migrantes internacionais

v.1

Ribeirão Preto
2019

LARISSA ASSIS BATTISTETTI LIMA

A interculturalidade como obstáculo ao direito à saúde: estraneidade, exploração e traumas enfrentados por migrantes internacionais

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Direito e Desenvolvimento da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Cynthia Soares Carneiro

v.1

Ribeirão Preto

2019

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca
e Seção Técnica de Informática da FDRP/USP,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L732i

Lima, Larissa Assis Battistetti
A interculturalidade como obstáculo ao direito à saúde:
estranheidade, exploração e traumas enfrentados por migrantes
internacionais / Larissa Assis Battistetti Lima; orientador Cynthia
Soares Carneiro. -- Ribeirão Preto, 2019.
165 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Direito)
-- Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São
Paulo, 2019.

1. MIGRAÇÃO. 2. INTERCULTURALIDADE. 3. SAÚDE. I.
Carneiro, Cynthia Soares, orient. II. Título

LARISSA ASSIS BATTISTETTI LIMA

**A interculturalidade como obstáculo ao direito à saúde:
estranheidade, exploração e traumas enfrentados por migrantes
internacionais**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Direito e Desenvolvimento da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestra em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Cynthia Soares Carneiro

Ribeirão Preto

2019

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: LIMA, Larissa Assis Battistetti

Título: A interculturalidade como obstáculo ao direito à saúde: estraneidade, exploração e traumas enfrentados por migrantes internacionais

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências - Área de Concentração: Desenvolvimento no Estado Democrático de Direito.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico esse trabalho aos meus
amigos, professores, em especial à
minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu pai, Leopoldo da Silva Lima, a quem gostaria de dizer que “a vida é a melhor coisa que já se inventou” (Gabriel Garcia Marquez) e agradeço pela sua presença hoje, após o susto que levamos nos últimos dias do meu Mestrado Acadêmico e por todo apoio e incentivo que sempre me proporcionou.

Agradeço à minha mãe Marilda das Dores de Assis, pesquisadora e Professora, meu exemplo e incentivo para a vida acadêmica.

Agradeço à minha irmã, Nádía Assis Battistetti Lima, pelo apoio durante a realização do trabalho.

Agradeço aos professores e aos meus colegas mestrandos da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelas oportunidades de discussão e de compartilharmos conhecimento.

Agradeço, em especial, à minha colega Mestre Ana Letícia Giansante, que foi a pessoa que mais me incentivou a prestar o processo seletivo de mestrado na FDRP. Obrigada por confiar no meu potencial, quando eu mesma estava em dúvida e por me dar apoio nos momentos mais difíceis.

Agradeço aos meus amigos, por toda a ajuda e apoio.

Agradeço à Vania Prudencio e ao Omar El Faro pelo apoio e maravilhoso trabalho realizado pelo Serviço de Pós-Graduação da FDRP/USP.

Gostaria de agradecer, também, aos professores e colegas acadêmicos do “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, em especial à Profa Dra. Sylvia Dantas; do “II Ciclo de Debates sobre Processos Psicológicos e Culturais em Temas Emergentes: Islam e Direitos Humanos”, em especial à Profa. Dra. Francirosy Campos Barbosa Ferreira e da Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública, em especial aos Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Todas essas oportunidades contribuíram enormemente para este trabalho de Mestrado.

Por fim, um agradecimento à Profa. Dra. Cynthia Soares Carneiro, que despertou meu interesse pelo tema de migrações, quando cursei sua disciplina “Migrações Internacionais” na graduação da FDRP como matéria optativa ao Curso de Administração de Empresas da FEARP- USP.

“Inquietante, o estranho está em nós: somos nós próprios estrangeiros – somos divididos [...] Como poderíamos tolerar o estrangeiro se não nos soubermos estrangeiros para nós mesmos?” (KRISTEVA, 1994, pp. 190-191).

RESUMO

LIMA, L. A. B. **A interculturalidade como obstáculo ao direito à saúde: estraneidade, exploração e traumas enfrentados por migrantes internacionais.** 2019. 165f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2019.

A pesquisa aborda as dificuldades encontradas pelos imigrantes ao acessar o SUS no Brasil. A hipótese inicial trata da questão tanto do direito como da saúde enquanto saberes locais, relacionados com a cultura de origem do paciente. Por meio de pesquisa de campo e estudos bibliográficos foi possível constatar que são inúmeras as dificuldades no acesso à saúde por imigrantes no Brasil, dentre elas, a dificuldade com a língua, burocracia e na compreensão de procedimentos que são culturalmente diversos dos seus de origem. As Recomendações da Comigrar 2014 tiveram como função estudar e responder a estas dificuldades. Através dessa dissertação concluiu-se que é fundamental que os usuários do SUS tenham conhecimento de seu funcionamento e que o profissional de saúde possua uma compreensão intercultural da saúde e da doença. Porém, apesar das dificuldades, o SUS ainda é o sistema capaz de melhor atender aos anseios da população em saúde e de promover a equidade.

Palavras- chave: Migração. Interculturalidade. Saúde.

ABSTRACT

LIMA, L. A. B. **Interculturality as an obstacle to the right to health: estraneity, exploitation and traumas faced by international migrants.** 2019. 165f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2019.

This research addresses the difficulties encountered by immigrants when accessing SUS in Brazil. The initial hypothesis is that the issue of both law and health as local knowledge, related to the patient's culture of origin. Through field research and bibliographic studies it was possible to verify that there are innumerable difficulties in access to health by immigrants in Brazil, among them, difficulty with language, bureaucracy and in understanding procedures that are culturally diverse from their origin. The recommendations of Comigrar 2014 were to study and respond to these difficulties. This study concluded that it is fundamental that SUS users are aware of its functioning and that the health professional has an intercultural understanding of health and illness. However, despite the difficulties, the SUS is still the system capable of better serving the health population's wishes and promoting equity.

Keywords: Migration. Interculturalit. Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
ANEIB	Associação Nacional de Estrangeiros e Imigrantes no Brasil
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BM	Banco Mundial
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF	Constituição Federal de 1988
CNIG	Conselho Nacional de Imigração
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
COMIGRAR	Conferência Nacional sobre Migrações e Refúgio
CONARE	Comitê Nacional para os Refugiados
CRAI	Centro de Referência e Atendimento para Imigrantes
DPU	Defensoria Pública da União
FEARP	Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto
FDRP	Faculdade de Direito de Ribeirão Preto
FMI	Fundo Monetário Internacional
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica em Saúde
MESP	Ministério da Educação e da Saúde Pública
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
SAMDU	Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
STF	Supremo Tribunal Federal

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
WS	<i>Welfare State</i>

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 CAPÍTULO 1 - IMIGRAÇÃO	22
1.1 Uma breve disposição sobre as imigrações	22
1.1.1 Deslocamentos, Imigração e Refúgio	27
1.1.2 Migrações no mundo	31
1.1.3 Migrações no Brasil.....	35
1.2 Conclusões Parciais	38
2 CAPÍTULO 2 – IMIGRANTES E SAÚDE	39
2.1 Saúde e os deslocamentos humanos	39
2.2 Interculturalidade.....	45
2.3 Conclusões parciais	53
3 CAPÍTULO 3 – INFORMAÇÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	54
3.1 Um breve histórico sobre a saúde e a evolução do seu conceito.....	54
3.2 Políticas são escolhas	64
3.2.1 Proteção Social, Cidadania e Estado de Bem-Estar Social	64
3.2.2 Políticas Sociais, Economia e Desigualdade	68
3.2.3 Estado, Sociedade e Mercado na articulação de políticas de saúde	69
3.2.4 Tomando decisões em saúde	71
3.3 A Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde.....	74
3.4 O conceito de Saúde como Direito Social Fundamental e sua previsão no ordenamento jurídico brasileiro.....	76
3.4.1 A evolução do conceito de saúde	76
3.4.2 De Direito Humano Internacional ao Direito Social Fundamental	78
3.4.3 Reserva do possível e proibição do retrocesso	82
3.5 O Sistema Único de Saúde	84
3.5.1 Estrutura do SUS	84
3.5.2 Saúde Pública e Privada	86
3.5.3 Princípios do SUS.....	88
3.5.4 Os entes federados e sua competência em saúde.....	94
3.5.5 Produção normativa em saúde	97

3.5.6 Dificuldades que o SUS encontra.....	99
3.6 Qualidade em Saúde Pública	101
3.6.1 Histórico de Qualidade no País	101
3.6.2 Importância da qualidade em saúde.....	102
3.7 Conclusões Parciais	104
4 CAPÍTULO 4 - INTERCULTURALIDADE E ACESSO À SAÚDE.....	106
4.1 Transtornos relacionados à imigração e interculturalidade	106
4.1.1 Biomedicina <i>versus</i> medicina tradicional em Moçambique.....	106
4.1.2 Alienação Parental nos Estados Unidos	107
4.1.3 Traumas de guerra de jovens árabes na Alemanha	108
4.1.4 Relatos sobre interculturalidade no Brasil.....	109
a) Crianças imigrantes	109
b) Religião, preconceitos e saúde	110
c) Saúde mental e imigração.....	111
d) Traumas de guerras	112
e) Vulnerabilidade e sensibilidade.....	112
f) Preconceito e assimilação	113
g) Condições de trabalho, maternidade e sofrimento	113
h) Preconceito, maternidade e o sistema de justiça	114
i) Ensino e interculturalidade.....	115
j) Preconceito e o nacional estrangeiro.....	116
k) A saúde como motivação para a Imigração	116
l) Retomando “Joude”	116
m) Retomando “Bonis”	117
n) Trabalho e imigração.....	118
o) Grávidas e o SUS	119
p) Saúde e o Ministério Público	122
4.2 Conclusões Parciais	123
5 CAPÍTULO 5 – LIMITAÇÕES NO ACESSO À SAÚDE.....	125
5.1 A Saúde como uma Manifestação Cultural e Xenofobia	125
5.1.2 Zonas de invisibilidade: burocracia e restrições documentais.....	128
5.1.3 Dificuldades com o idioma.....	137

5.1.4 Delegar atendimento a imigrantes para o terceiro setor	138
5.1.5 Princípio da territorialização do SUS	140
5.1.6 Empatia, os agentes administrativos e operadores do SUS	141
5.2 COMIGRAR.....	145
5.3 Conclusões Parciais	151
CONCLUSÃO	152
REFERÊNCIAS	155

INTRODUÇÃO

Com o fim da Ditadura Militar no final do Século XX no Brasil, foi estabelecido um Estado Democrático de Direito pela Constituição Federal de 1988, incluindo no rol de direitos e garantias fundamentais os direitos sociais (LOPES, 2006), voltados para a construção de uma sociedade mais justa (BRASIL, 1988).

O artigo 1º da Constituição Federal e Tratados Internacionais dos quais o Brasil é signatário (BRASIL, 1982) preveem a dignidade da pessoa humana, fundamento para o desenvolvimento no Estado Democrático de Direito. O artigo 5º do texto constitucional dispõe que brasileiros e imigrantes são iguais perante a lei (TRT15, 2017). Como consequência, os direitos sociais previstos no Capítulo II da Carta Magna, dentre os quais se encontra o direito à saúde, em seu artigo 6º, são extensíveis aos imigrantes, independentemente de sua condição no país¹. Conforme previsão no artigo 196 da Lei Maior e no artigo 7º, I da Lei nº 8080/1990 (Lei do Sistema Único de Saúde - SUS), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990), o acesso à saúde é um direito que deve ser prestado de maneira universal (BRASIL, 1988). Além disso, o artigo 4º, VIII da Lei nº 13.445 de 2017 (Lei de Migração), também prevê acesso igualitário à saúde (BRASIL, 2017).

Este trabalho, “o direito a saúde pública: uma análise dos obstáculos enfrentados pelos imigrantes internacionais” visa, como o próprio tema diz, identificar quais as barreiras informais ao pleno acesso ao direito à saúde previsto na Constituição Federal por imigrantes no Brasil.

O objetivo geral descrito acima pode ser desdobrado em objetivos específicos. Inicialmente, será apresentado, no Capítulo 1, as migrações no Brasil. Este aspecto é relevante, pois vivemos em um contexto de mundo globalizado, onde os fluxos migratórios tendem a aumentar pela facilidade de transportes e informações sobre o país de destino, promovendo, cada vez mais, um maior contato multicultural entre sujeitos (DANTAS, 2017).

¹ Embora o Artigo 5º, caput da Constituição Federal disponha sobre brasileiros e estrangeiros aqui residentes, entende-se pacificamente por mutação constitucional que não apenas os brasileiros ou estrangeiros residentes no país têm direitos e garantias fundamentais, mas sim qualquer estrangeiro que aqui se encontre – tal como turistas (STF, 2017).

Conceitos como multiculturalidade, aculturação e interculturalidade são abordados no Capítulo 2, que estudou a saúde como uma manifestação intercultural. Nesse sentido, o imigrante pode vir de um país com costumes diversos quanto ao tratamento de doenças e com um sistema de saúde diverso, o qual pode não consistir em um sistema que adota o *princípio da universalidade de acesso*.

Um terceiro objetivo específico deste trabalho, tratado no Capítulo 3, é prestar informações sobre o SUS para os imigrantes e associações, seguindo o dever de informação do SUS aos seus usuários. Por isto se analisou a previsão constitucional da universalidade de acesso à saúde a constituição e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Também se buscou identificar e analisar as dificuldades de acesso à saúde, descritos nos Capítulos 4 e 5, respectivamente. Uma vez que tanto o direito como a saúde são saberes locais, relacionados com a cultura de origem do paciente (FREHSE, 2017), inúmeras são as dificuldades do acesso à saúde por imigrantes no Brasil, identificadas neste trabalho. Dentre elas, a dificuldade dos imigrantes com a língua portuguesa e com procedimentos culturalmente diversos dos seus de origem.

Frente ao exposto, vê-se a necessidade de formulação de políticas públicas de saúde que busquem anular as barreiras de acesso identificadas neste trabalho.

Assim, parece clara a necessidade de prestar informações aos imigrantes sobre seus direitos e meios de acesso ao SUS (Capítulo 3).

Ressalta-se que este estudo não visa criticar o SUS, mas sim tentar contribuir para seu aperfeiçoamento e efetiva implementação do acesso universal à saúde para o imigrante no Brasil, compreendendo e respeitando suas culturas e saberes. O objetivo é que o SUS esteja, efetivamente, preparado para lidar com o cenário multicultural existente, promovendo maior inclusão do imigrante no espaço público destinado à saúde.

Há que se mencionar ainda que, em razão de direitos constitucionais estabelecidos, os entes federativos devem se abster de opor barreiras formais de acesso do imigrante ao Sistema Público de Saúde. Este tema, porém, não será abordado neste estudo.

No que tange à Área de Concentração do Programa de Mestrado, “Desenvolvimento no Estado Democrático de Direito”, este trabalho possui pertinência temática, visto que a interculturalidade e a afirmação das identidades plurais se

apresentam como requisitos para o desenvolvimento no Estado Democrático de Direito e para a efetivação dos direitos sociais previstos na Constituição Federal. A efetivação dos direitos sociais é uma das finalidades do desenvolvimento e é apresentada aqui com o foco em acesso ao direito à saúde por imigrantes no Brasil. A migração se torna estabelecimento mais facilmente em países com mais direitos sociais, o que facilita a reunião familiar (CASTLES; MILLER, 2004).

Quanto à Linha de Pesquisa “Desenvolvimento, democracia e instituições”, este trabalho também possui compatibilidade temática, pois discute políticas públicas que possibilitam o exercício de um direito constitucionalmente garantido (direito de acesso à saúde). Estas serão analisadas sobre o viés do acesso dos imigrantes internacionais ao Sistema Único de Saúde.

Para se perseguir os objetivos aqui delineados, se almejou uma visão interdisciplinar, empírica e doutrinária sobre o tema, (OLIVEIRA, 2013), investigando-se o panorama geral sobre obstáculos informais ao acesso a saúde do imigrante no Brasil. Dentro dessa abordagem doutrinária, para a identificação das dificuldades de acesso foi desenvolvido um estudo para identificação, descrição e análise dos obstáculos enfrentados. Buscou-se apresentar os resultados de forma clara, conforme recomenda Oliveira (2013).

O objetivo principal deste trabalho (identificar as dificuldades de acesso à saúde no Brasil) foi buscado, em parte, por meio de experiências empíricas² dessa pesquisadora em eventos relacionados ao tema “Saúde e Migração”. Participou-se como ouvinte no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Neste curso, oferecido a profissionais e pesquisadores do tema saúde e migração, ouviram-se diversas experiências empíricas em diversas dinâmicas em grupo e por meio de debates em sala de aula. Estas experiências contribuíram para este trabalho com grande relevância.

² No mundo microscópico, não observamos a vida normal, mas uma vida perturbada por nossa própria observação. No mundo social, parece que ocorrem fenômenos semelhantes. A investigação dos processos sociais não os deixa intocados, tendo uma influência bastante forte sobre eles. Atua simplesmente revolucionando. Esse é provavelmente o motivo pelo qual os círculos bem-pensantes estimulam tão pouco as pesquisas que se aprofundam no campo social (BRECHT, 2017, p. 50).

Além das discussões relativas às experiências dos alunos também discutiu-se neste curso as perspectivas dos profissionais que ministraram o curso, ou seja, do Prof. Dr. João Amorim, de Direito Internacional, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); da Profa. Dra. Ligia Fonseca Ferreira, de Letras, da UNIFESP; da Profa. Me. Maria Gabriela M. Leifert, que atua principalmente nos temas família, imigração e aculturação; da Profa. Dra. Sylvia Duarte Dantas, do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP e da Profa. Dra. Elisabete Flory, que ministrou aula sobre bilinguismo. Todas estas discussões muito contribuíram para o amadurecimento das pesquisas apresentadas no trabalho atual.

Além do Curso de Extensão acima destacado, participou-se de outros eventos, como de diversas palestras promovidas pela Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública³: da Palestra do Prof. Dr. Mário Augusto Carboni, com o tema “A Saúde e o Estado de Direito no Contexto do Sistema de Proteção Social”; na Palestra da Profa. Maria Lucia F. Rizzotto, com o tema “O Banco Mundial e os 30 anos do SUS”; da palestra “Atenção Primária no Contexto das Redes de Atenção no SUS”, proferida por Adriana Ruzene; da Palestra “Direito à saúde e a incongruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde: a experiência de Moçambique”, proferida pelo Prof. Dr. Fernando Mitano. Nesta oportunidade também se discutiram experiências práticas sobre o SUS, uma vez que participaram da disciplina especialmente alunos e profissionais da enfermagem que atuam na saúde pública.

A pesquisadora também participou do “II Ciclo de Debates sobre Processos Psicológicos e Culturais em Temas Emergentes: Islam e Direitos Humanos”, de 06 a 07 de novembro de 2018, onde ouviu outras experiências empíricas relacionadas à saúde e migração.

Nas oportunidades acima mencionadas ouviu-se relatos sobre saúde, interculturalidade e sobre imigração e das dificuldades encontradas no dia a dia por estes imigrantes com relação ao tema desta Dissertação, o que contribuiu para identificar as dificuldades de acesso ao SUS por imigrantes no Brasil, objetivo principal deste trabalho.

Devido ao caráter empírico deste trabalho, nele constam diversas informações verbais, obtidas nos eventos aqui relacionados e em relatos encontrados na bibliografia

³ Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018

estudada, como o estudo de caso das haitianas grávidas que acessam o SUS, da Profa. Dra. Denise Jardim e os relatos empíricos de Joude Jassouma; Bonis, entre outros.

A pesquisa é empírica quando “[...] as conclusões forem baseadas em observação ou experimentação” (LEE EPSTEIN; GARY KING, 2013, p. 07). É o caso deste trabalho, pois essa pesquisadora narrou relatos dos quais teve acesso, nas oportunidades destacadas.

Foi realizada uma pesquisa empírica qualitativa, constituindo em um estudo exploratório, buscando um maior conhecimento sobre a matéria (TRIVIÑOS, 1987) e verificar como o Direito se opera na vida em sociedade, ou seja, como as normativas e pilares do SUS se inserem em um contexto social mais amplo (OLIVEIRA, 2013). As dificuldades de acesso também puderam ser constatadas pelo estudo de material bibliográfico e legislação sobre o tema.

Para atingir os objetivos deste trabalho foram seguidos os passos: 1) identificação e explicação do problema de pesquisa; 2) seleção do conteúdo normativo pertinente (foram analisadas as Lei nº 8.080/1990 - Lei do SUS - e a Lei nº 13.445/2017 - Lei de Migração); 3) desenvolvimento da análise com explicação sobre as conclusões obtidas, inclusive analisando o Caderno de Propostas da COMIGRAR 2014; 4) Conclusão com base na matriz teórica escolhida: teorias interculturais e multiculturais (OLIVEIRA, 2013).

Também foi feito um estudo dogmático das leis acima destacadas, em especial dos princípios do SUS, contidos na Constituição Federal e na Lei do SUS. O desafio era compreender o cenário proposto e ao final verificar se o acesso a este direito é efetivo para os imigrantes no Brasil. O levantamento desses dados permitiu avaliar as dificuldades de acesso à saúde pública por imigrantes no Brasil (GUSTIN, 2010).

Assim, os métodos doutrinário e empírico foram utilizados neste estudo, tendo em vista que eles são complementares, mas não excludentes (GUSTIN, 2010).

Foi realizada ainda uma revisão bibliográfica da literatura nacional nas áreas de Direito Migratório, Políticas Públicas de Saúde e Interculturalidade, inter-relacionando estes temas nesse trabalho.

Por fim, deve-se esclarecer que, embora o tema saúde do imigrante seja bastante estudado pela psicologia intercultural e por outras ciências, o material produzido com viés

jurídico em políticas públicas de saúde para imigrantes⁴ é escasso, o que estimulou o desenvolvimento do presente estudo.

⁴ Para Almeida e Baeninger (2013), a abordagem das Teorias Migratórias muda de acordo com a disciplina onde é estudada (Antropologia, Demografia, Economia, História, Direito, Ciência Política, Sociologia). Para as autoras, para o Direito o problema de pesquisa é “como a legislação influencia a imigração”, com modelo de hipótese “Direitos criados incentivam estruturas para imigrantes” (ALMEIDA; BAENINGER, 2013, p. 25).

Para Sayad (1998) a imigração é primeiramente um campo de estudos jurídico e depois da demografia, sempre tratado como um problema social, ainda mais quando se considera o imigrante em situações especiais, como na velhice (CASTLES; MILLER, 2004).

CAPÍTULO 1 – IMIGRAÇÃO

1.1 Uma breve disposição sobre imigrações

Inicialmente serão descritas duas narrativas sobre movimentos populacionais e, a partir destas, o tema migratório será desenvolvido.

A primeira narrativa é a história de Joude Jassouma, um refugiado de Aleppo, Síria, que vive na pequena cidade de Martigné-Ferchaud, na Bretanha, França. Antes de chegar à França, Joude passou pela Turquia e Grécia (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017). Joude atravessou a Turquia para solicitar refúgio na Grécia:

O ano 2016 não prometia nada de bom. Aya e eu estávamos cada vez mais deprimidos. Tínhamos sofrido quatro anos de guerra, não havia perspectiva de paz na Síria, e sentíamos dificuldade de nos adaptar à vida na Turquia. Era como se ali fôssemos uma espécie de ‘subcidadãos’. Não sabíamos como arranjar emprego, e, com meu salário miserável, era obrigado a pedir emprestado para sobreviver (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017, p. 83).

A travessia pela Turquia foi completada com sucesso e Joude chegou à Grécia, com sua mulher e filha, quando foram recebidos pela guarda costeira grega e acolhidos por grupos de ajuda humanitária e voluntários, em Leros, na Vila Artemis. Naquela oportunidade Joude foi abordado por uma mulher chamada Danièle, uma jornalista francesa da Revista Elle. Pelo fato de Joude falar francês, ela solicita-lhe que pergunte aos outros ‘candidatos a refugiados’ quais as suas profissões (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017)⁵:

E comecei a traduzir de um lado para o outro. Um homem com uma menina de 6 anos se chama Ahmad e consertava *smartphones* na Síria. Outro trabalhava com cinema, editando filmes. Fazia quatro anos que não conseguia trabalhar. E aquele, alto, era urologista. Tinha feito 12 anos de estudos em medicina!

Danièle estava surpresa. Parecia estar descobrindo naquele momento que refugiados também podiam ter diplomas universitários! Hafez-al-Assad tinha feito da educação uma prioridade do seu regime! Mas agora não havia mais aulas, nem alunos, nem trabalho. As escolas iam fechando umas depois das outras, os hospitais eram bombardeados... então, evidentemente, muitos diplomados acabavam emigrando (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017, p. 94).

Em seu itinerário com destino à França, Joude comprou passagens de barco para Atenas (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017).

⁵ Joude (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017) também descreve a surpresa das francesas quando descobriram que eles tinham contas na página de rede social “Facebook”.

Ao chegar em Atenas: “No cais, a primeira coisa que vemos são dezenas de tendas coloridas e uma grande parede com a inscrição ‘*Welcome refugees*’. “Faz bem ler isso” (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017, p. 101). Porém, ao ver o campo de refugiados, Joude dispõe:

Ao meu redor, o espetáculo é desolador. Roupas secando em cordas estendidas entre as tendas, mulheres sentadas no chão. Não foi disso que vim atrás, não deixei a guerra para encontrar a miséria, não quero viver na Europa se é para morar na rua [...] Aqueles que não entram nesse programa de recolocação, porque insistem em ir para a Alemanha, acabam numa barraca, no Pireu ou no norte da Grécia, na lama, diante de uma fronteira fechada (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017, pp. 102-103).

Apesar da dificuldade para entrar na Europa, Joude e sua família são abordados por Karen, uma jovem que trabalha em uma agência europeia responsável por organizar a recepção dos refugiados em todos os países europeus, a *European Asylum Support Office* (EASO). Eles escolhem participar do programa de recolocação, sabendo que não poderiam escolher o país de destino, mas conseguem ir para a Bretanha, França (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017, p. 102). Ao chegar na França Joude obteve permissão para ali permanecer por um ano, tendo sido autorizada a sua residência, mas não reconhecida a condição de refugiado, pois Joude não teria provado o requisito do forte temor de perseguição:

“[...] os elementos apresentados não permitem concluir que seus temores atuais e pessoais de perseguição por um motivo constante da Convenção de Genebra sejam bem fundados” (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017, p. 123). Isto, quando o autor teria fugido de seu país em guerra e do alistamento militar obrigatório, incorrendo as consequências e penalidades capitais caso fosse enviado de volta para a Síria (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017). São suas palavras: “Releio uma, duas, três vezes [...]. Estou pasmo [...] equivalia a me chamar de mentiroso [...] quem em meu lugar não teria sentido tristeza ou amargura diante dessa decisão? [...] (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017, p. 124).

Joude conclui sua narrativa, dispendo sobre sua vida e integração na sociedade francesa, relatando o desejo de pertencimento à sociedade de acolhida (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017):

“Gostaria de ser um membro ativo da sociedade francesa. [...] meu sonho é me integrar à França, me adaptar a sua cultura [...] que um dia, na França, ninguém mais me considere um ‘refugiado’ (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017, pp. 134-135).

Do relato acima, podemos fazer algumas observações iniciais, que posteriormente serão aprofundadas, sobre a imigração. A primeira delas é sobre a importância do acolhimento, no país receptor, do imigrante em situação de refúgio, em face a situação extrema do deslocamento forçado em caso de guerra. Podemos pensar, inclusive, na importância de políticas públicas específicas voltadas para esta população. Repisando a abordagem nesta dissertação de que sejam prestadas mais e melhores informações aos imigrantes sobre o SUS e seu funcionamento.

Outro elemento a ser considerado é que Joude não logrou êxito em obter, inicialmente, a categoria de refugiado na França⁶, embora o autor tenha fugido de seu país e do alistamento militar obrigatório, sofrendo as consequências e penalidades capitais caso fosse enviado de volta para o seu país de origem.

Por fim, o ponto de fundamental importância da narrativa para este trabalho é destacar como o não nacional geralmente encontra-se em situação mais vulnerável no país de acolhimento, onde possui, invariavelmente, uma ‘cidadania de segunda classe’, o que tem ocorrido também no Brasil⁷:

Respeitando e divulgando as culturas dos grupos de imigrantes radicados no Brasil desde o século 19, estaremos aprendendo a viver democraticamente numa sociedade plural. Nossa história tem demonstrado que, nem sempre, o Estado e o cidadão brasileiro souberam se desvencilhar de preconceitos seculares contra determinadas raças, nacionalidades e/ou religiões. A coexistência pacífica nem sempre foi regra entre estrangeiros e brasileiros, os quais, em diferentes momentos, sustentaram uma política de ‘estranhamento’ em relação ao estrangeiro. [...] conviver com o diferente é sempre um aprendizado, um constante desafio para a consolidação da cidadania (TRUZI, 2005, pp. 5-6).

Porém, “[...] os e as habitantes em situação de refúgio também se qualificam como cidadãos e cidadãs e, portanto, têm direito à cidade” (OLIVEIRA, 2018, p. 01).

A outra narrativa que trazemos, neste momento, é a de Bonis (2017), um especialista em Direito Internacional dos Refugiados, que conta sua experiência pessoal sobre a rota de migração para a Macedônia, passando também pela Grécia. Sua narrativa

⁶ Jardim (2017) dispõe sobre a categorização de refugiado ao sujeito que imigra: ela pode ser boa para sair do local de conflito, mas gerar restrições posteriores ao sujeito.

⁷ Sayad (1998) dispõe, ainda, que há uma hierarquia na imigração, e as imigrações mais recentes são mais proveitosas, uma vez que ainda menos estruturadas e mais possíveis de se retirarem vantagens econômicas⁷. Assim, “As regras políticas, econômicas e sociais não são as mesmas para todos os perfis de migrantes, portanto, [...] as práticas e os mecanismos envolvidos no projeto e na realização da migração não serão idênticos” (ALMEIDA; BAENINGER, 2013).

trata sobre um campo de refugiados não oficial no povoado grego de Idomeni na fronteira com a República da Macedônia.

O relato coincide com um dos momentos em que a Europa fechou suas portas para os refugiados de Idomeni (Grécia), o que ocorreu logo após um atentado que matou 130 pessoas na França, e que foi relacionado, por políticos de extrema direita, com a chegada de refugiados na Europa. Estes, então, ficaram retidos em Idomeni, frente à fronteira fechada da Macedônia⁸, onde também não eram bem-vindos: situação que lhes tolhe esperanças e não ajuda a superar os sofrimentos da guerra e das tristes situações das quais fugiram:

Boiando sob o chacoalhar das ondas, na sombra da noite, Rami acreditou, contudo, ter visto uma pessoa ‘dormindo no mar’, a poucos metros de distância do bote. Não seria uma cena surpreendente em uma rota na qual o mar se transformou em cemitério para milhares de refugiados.
‘A viagem de barco é muito perigosa’, ele enfatizou (BONIS, 2017, p. 29).

Segundo o autor, a maioria dos refugiados de Idomeni vêm do Afeganistão, Iraque e Síria, que ali se assentaram de maneira não oficial. A situação do que ficou conhecido como *Campo de Refugiados de Idomeni* era miserável e afrontava os direitos humanos, como podemos notar na descrição de uma barraca da Cruz Vermelha em Idomeni: “O restante da escuridão encobria a barraca, embora ainda fosse possível ver, colocados nas paredes de plástico, desenhos deixados por crianças. Era uma paisagem sinistra, um lembrete sobre quem era afetado pela crise migratória” (BONIS, 2017, p. 49).

‘A vida em Idomeni é como o inferno’, destacou Rami. ‘Se você deseja morrer pode ir para lá’, prosseguiu.
O local foi comparado, inclusive, a campos de concentração nazistas pelo próprio ministro do Interior grego, Panagiotis Kouroubli, que não hesitou em chama-lo de Dachau moderno. ‘um resultado da lógica das fronteiras fechadas’ (BONIS, 2017, p. 34).

Bonis (2017) descreve que, apesar do intenso fluxo de refugiados incomodar os moradores da pequena cidade, eles foram bastante solícitos e os ajudaram fornecendo comida e chuveiro para tomarem banho, por exemplo. Porém, com o arrastar da situação, a convivência com a população local tornou-se difícil, uma vez que o tempo excessivo e a situação precária pela qual passaram em Idomeni, sem que a Europa abrisse suas

⁸ Abaixo, trecho de conversa de dois exilados alemães do livro de Brecht (2017), a respeito de pobreza, o que pode ser aplicado à imigrantes vulneráveis como aqueles do Campo de Refugiados de Idomeni: “[...] aprendemos a suportar a dor, e quando tínhamos apenas batatas para comer, bem poucas, tínhamos de dizer ‘obrigado’, como gesto de gratidão, eu acho. [...] ninguém pode ser tão extorquido quanto os pobres. Deles são extorquidas até mesmo as virtudes” (BRECHT, 2017, PP. 43-44).

fronteiras a partir da República da Macedônia, provocaram em alguns refugiados atos agressivos e depressão. Aliás, transtornos mentais costumam ser recorrentes em situações de deslocamentos forçados: “Vi crianças pequenas, de 10 anos, atirando pedras em idosas de 80 anos. As senhoras passaram a evitar sair nos próprios jardins” (BONIS, 2017, p. 103).

À primeira vista, Volgelfrei entendeu o vilarejo grego como um lugar alegre, onde as pessoas sorriam o tempo todo. Com o tempo, a realidade mostrou-se diferente para a jovem franzina de olhos azuis e longos cabelos loiros. ‘Percebi que elas sorriam para não chorar’, afirmou. ‘De noite, era perceptível que as risadas desapareciam. Pude ver a face real dos refugiados, os seus problemas’, continuou Julia. Esse momento de colapso psicológico chegou para alguns dos refugiados. ‘Quando começava a chover muito, o campo alagava’, explicou. ‘Distribuímos plásticos para os refugiados protegerem suas tendas, mas a maioria não usou. Era como se eles não quisessem mais se cuidar’ (BONIS, 2017, pp. 89- 90).

Sobre a situação de miserabilidade por que passam estas pessoas, expõe-se também o relato de um alemão (Stelzener) que abandonou suas férias em Caxias do Sul, no Brasil, para ajudar os refugiados em Idomeni: “Temos o bastante na Europa para dividir com quem necessita’, ele disse. ‘Ainda estou constrangido que isso tenha acontecido na Europa” (BONIS, 2017, p. 88):

“Muita gente opina sobre os refugiados sentados no sofá de casa’, ele contou, e prosseguiu: ‘Eu conheci pessoas incríveis e inteligentes em Idomeni. Conheci médicos, arquitetos, engenheiros. Creio que há muito potencial desperdiçado para os refugiados e para nós, europeus” (BONIS, 2017, p. 88).

Outro agente humanitário descreveu estar consciente de sua condição privilegiada, pois pode se deslocar para onde quiser, o que descreveu como “loteria geográfica”, para mostrar que se movimentar entre fronteiras é um luxo que não está ao alcance de todos (BONIS, 2017). Os refugiados de Idomeni finalmente foram realocados e o Campo de Idomeni deixou de existir (BONIS, 2017).

Desta narrativa, assim como da anterior, podemos destacar diversos pontos, dentre eles o uso da expressão “loteria geográfica”⁹, para mostrar que o deslocamento entre fronteiras é privilégio de alguns. Sousa Santos (2019) dispõe que a internet e o capital

⁹ “[...] Castles identifica dois tipos de fluxos no mundo globalizado contemporâneo: os “*bons*”, que são os de capital financeiro, especulativo, de propriedade intelectual, de trabalhadores qualificados e/ou necessários para campos específicos de trabalho localizados, via de regra, no hemisfério norte e com valores ocidentais; e os “*indesejados*”, que são os de trabalhadores de baixa qualificação, imigrantes forçados, refugiados, pessoas cujo modo de vida é alternativo ao ocidental, com valores culturais definidos como ‘não ocidentais’ ou ‘particulares’. Enquanto os primeiros, os “*bons*”, circulam livremente, aos indesejados restam o fechamento das fronteiras e a criminalização” (BERNER, 2015, p. 77 apud CASTLES, 1993, p. 23, grifo da autora).

financeiro não conhecem as fronteiras. O mesmo não acontece com os imigrantes e refugiados.

Bonis (2017) relata que havia uma grande diferença entre o discurso político de países da União Europeia e a prática adotada com os refugiados. Ele narra, por exemplo, a exigência de passaporte dos refugiados e o empecilho criado para a entrada de sírios não provenientes de áreas de conflito intenso. Isto ilustra que são criados muros físicos e políticos para a entrada de imigrantes no continente.

Assim, “Refugiados, asilados e imigrantes encontram cada vez mais barreiras e mais obstáculos jurídicos frente a seu projeto de mover-se, de abandonar seu país em busca de melhores condições de vida [...]” (LUCAS, 2015, p. 29, tradução nossa)¹⁰.

Pode-se ver a xenofobia dos nacionais e do próprio Estado contra o não nacional, o que pode agravar sua situação de miserabilidade, tendo que lutar contra fronteiras fechadas. Por fim, é importante observar nessa última narrativa o quanto os deslocamentos afetam a saúde física e mental dos deslocados ou refugiados.

Embora o trabalho em questão não trate especificamente a categoria refúgio, mas sim do não nacional que se encontra em território brasileiro, tendo como foco analisar o tema interdisciplinar da saúde, imigração e direito.

Estes dois relatos foram trazidos com o objetivo de introduzir o tema das migrações internacionais e, ainda mais importante, buscou-se trazer uma proximidade de olhar para o tema migratório, visando despertar empatia e sensibilidade para com os não nacionais que se encontram no Brasil.

1.1.1 Deslocamentos, Imigração e Refúgio

Migração é o deslocamento humano de um local para outro, que não o de sua origem e migrantes são “[...] pessoas que se deslocam” (CÂMARA; CHUEIRI, 2015). Porém, o conceito de migração não pode ser definido como uma simples mudança de endereço, definição esta bastante restritiva e ultrapassada (ALMEIDA; BAENINGER, 2013). Os termos migrante e migração são definidos de diversas maneiras, como em leis, dicionários, em pesquisas e em estatísticas. As definições podem variar de acordo com a

residência e duração da estadia, por exemplo. (IOM, 2018, tradução nossa): os deslocamentos forçados e as migrações são dois dos temas mais complexos da atualidade.

Como pôde ser observado dos relatos apresentados no item anterior, as migrações são produzidas por ações de sobrevivência, são geradas por questões relativas à trabalho, fome, saúde, segurança, guerra e desequilíbrios ecológicos (WOLKMER, 2015). No novo contexto de migrações deste século, podem se dar também por motivos de estudos; reagrupamento familiar¹¹; por trabalho qualificado e demandantes de asilo (ALMEIDA; BAENINGER, 2013).

Embora nem toda mobilidade constitua migrações, estas não podem ser ignoradas pelos estudos migratórios. (ALMEIDA; BAENINGER, 2013). Assim, os migrantes:

Deslocam-se através de fronteiras porque tem um fundado receio de perseguição (refugiados), porque suas opiniões políticas não são aceitas (asilados). Deslocam-se através do mesmo país por razões similares às do refugiado (conflito, violência, violações de direitos humanos), porém, permanecem no país, cujo governo, na maioria das vezes, é o próprio responsável por seu deslocamento (deslocados internos); porque não tem acesso às condições econômicas mínimas (migrantes econômicos); por força de catástrofes ambientais (migrantes ambientais); ou ainda, por outras tantas razões que, isoladas ou combinadas entre si, exigem o abandono do lugar que (lhes) é próprio para outro (s) (CÂMARA; CHUEIRI, 2015, pp. 123-124).

Emigrante, por sua vez, é todo sujeito que cruza fronteiras, saindo do seu país de origem para o país acolhedor (REDIN, 2015) é aquele que “[...] muda de seu país de origem, visando fixar residência em país estrangeiro. Essa mudança não pode ser caracterizada como fuga de guerra ou perseguição [...]” (COLOMBI, 2017, p. 541), pois migrantes são aqueles que se deslocam por outros motivos, que não os do refúgio, a exemplo de migração a trabalho (SALLUM, 2017).

No Brasil, a definição da Lei nº 13.445, de Maio de 2019 (Lei de Migração) é a que imigrante é a “pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil” (BRASIL, 2017, p. 01). Já emigrante é o brasileiro que se estabelece em outro país, de modo temporário ou definitivo (BRASIL, 2017). A Lei de Migração também traz as definições de residente fronteiriço, visitante e apátrida.

¹¹ A migração que começou como temporária pode gerar migração de reencontro familiar (CASTLES; MILLER, 2004).

O imigrante pode se deslocar, por exemplo, por motivos econômicos, de trabalho, em busca de melhores condições de vida e por fatores climáticos¹². Os imigrantes podem ser voluntários, quando a migração é espontânea e o indivíduo deve se sujeitar aos requisitos impostos pelo país para ali permanecer. É quando o imigrante cruza fronteiras por motivações pessoais/ econômicas e faz um planejamento (BECKER; BORGES, 2015).

A imigração também pode ser involuntária, quando o sujeito migra porque é impelido a fazê-lo. Esta modalidade migratória pode ser motivada por situações traumáticas, como catástrofes naturais, perseguições políticas, guerra e genocídio. (BECKER; BORGES, 2015) e é chamada de migração forçada.

Quando nos referimos ao deslocamento de grandes contingentes de pessoas de um país para outro, estamos nos referindo ao fenômeno migratório. A fuga de seres humanos de guerras; perseguições políticas, raciais, religiosas; ou de desastres ambientais provocados pelo homem ou por cataclismos naturais, é o que caracteriza as *migrações forçadas ou involuntárias*. A chamada *migração voluntária* ocorre quando o deslocamento se dá com vistas a melhores condições de vida, muitas vezes impulsionado pela busca por mais oportunidades de trabalho (PRONER; BARBOZA; GODOY, 2015, p. 09, grifo do autor).

O refugiado é o sujeito que possui temor de perseguição em seu país. É regulado pelo Direito Internacional dos Refugiados, ou seja, o Estado possui um compromisso de acolhida do refugiado. O conceito de refúgio se encontra na Convenção de 1951, com as modificações do Protocolo de 1967 (COLOMBI, 2017). No Brasil, destaca-se a Lei nº 9.474, de 22 de Julho de 1997, que define os mecanismos para implementação do Estatuto dos Refugiados, de 1951 (CARVALHO RAMOS, 2011).

As leis internas brasileiras tratam de imigrantes e, quando se diz respeito a refugiados, deve-se observar também as convenções internacionais, como a Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados, de 1951 e o Protocolo Relativo ao Estatuto dos Refugiados, de 1967. Este último surgiu como consequência da nova crise de refugiados após a Segunda Guerra Mundial, crise ocasionada, principalmente, por movimentos de descolonização, como os ocorridos na África e guerras civis (SALLUM, 2017), afinal os problemas sociais e as crises humanitárias alimentam os sistemas econômicos.

12 A imigração é, pois, em muitos casos, um meio de escapar a pobreza, a exclusão e a violência. É uma das tentativas possíveis de sair de uma situação percebida como bloqueada ou perigosa em sua própria sociedade. A imigração é, então, uma aposta em direção ao futuro, a busca por uma melhor condição de vida, por uma maior segurança e liberdade, em síntese, o desejo de viver de maneira concreta dos Direitos Humanos Fundamentais (WOLKMER, 2015, p. 68 apud BOLZAM, 1998, p. 210).

O refúgio busca proteger indivíduo/s com fundado temor de perseguição por motivos raciais, religiosos, políticos, de nacionalidade ou pertencimento a um determinado grupo social. A previsão atual do refúgio é decorrente do deslocamento forçado de pessoas como consequência da Primeira e Segunda Guerra Mundial e de perseguições a grupos minoritários ocasionados pelo fim de impérios na Europa (Cláusula Geográfica) (PAREDES, 2018).

Apátrida, por sua vez, é aquele que perde sua nacionalidade ou que nasce sem nacionalidade e que não possui vínculo político com nenhum Estado, vide o Estatuto dos Apátridas de 1954¹³ (BUHRING, 2016).

Quanto ao “[...] no asilo político, o requerente sente-se perseguido em seu país de origem, enquanto no refúgio, sua vida e liberdade precisam estar de fato em perigo no país, por motivos religiosos, raciais ou políticos” (COLOMBI, 2017, p. 541).

Para Carvalho Ramos (2011), vários autores dispõem que os institutos do asilo político e refúgio são equivalentes. No entanto, constituem termos que designam diferentes institutos, com diferentes características. O asilo é uma condição individual, enquanto o refúgio possui uma dimensão coletiva.

Os institutos são semelhantes, porém, no sentido de que ambos buscam acolher quem “[...] sofre uma perseguição e que, portanto, não pode continuar vivendo no seu local de nacionalidade ou residência” (CARVALHO RAMOS, 2011, p. 15). Esse é o conceito de asilo em sentido amplo, que se divide em: asilo político (composto pelo asilo territorial, asilo militar e asilo diplomático) e o refúgio (CARVALHO RAMOS, 2011, p. 15). O asilo político, espécie do asilo em sentido amplo:

“[...] consiste no conjunto de regras que protege o estrangeiro perseguido por motivos políticos e, que, por isso, não pode permanecer ou retornar ao território do Estado de sua nacionalidade ou residência” (CARVALHO RAMOS, 2011, p. 16).

Os deslocamentos internos, por sua vez, são aqueles deslocamentos onde as pessoas se movimentam dentro do seu próprio país, sem cruzar fronteiras internacionais (PAREDES, 2018). Já os deslocados externos são pessoas também forçadas a abandonar seus países, mas que não se enquadram na definição de refugiados (BUHRING, 2016).

¹³ Sallum (2017) dispõe que, apesar da prática de concessão de asilo em terras estrangeiras existir há pelo menos de 3500 anos, que a maior preocupação e normatização do tema começou a ocorrer após as duas grandes guerras mundiais.

Sallum (2017) dispõe que há uma diferença entre os termos refugiado, deslocado interno e imigrante e questiona se a diferenciação realmente importaria. Muitos países europeus tem enquadrado refugiados como imigrantes de maneira errônea, para se eximir de sua obrigação perante os refugiados (*non-refoulement*- não deportação do refugiado para o país que esteja ameaçando sua vida ou suas liberdades individuais), a qual advém de normas internacionais dos quais estes países são signatários (como o caso do Joude, narrado).

A despeito de tudo isso, a migração envolve diversos fatores, daí o conceito de fluxos mistos. Por isso, dividir o imigrante em categorias pode não condizer com suas motivações para migrar e acabam por engessa-lo (REDIN, 2015), o que pôde ser visto na narrativa do Joude.

Neste trabalho, será considerado como objeto de estudo o não nacional que se encontra em território nacional, abrangendo todas essas categorias, inclusive o refúgio, que será conceituado neste tópico.

1.1.2 Migrações no mundo

Buhring (2016) dispõe as imigrações são um fenômeno que faz parte da história da humanidade¹⁴. Porém, os deslocamentos humanos têm aumentado, o que produzirá uma imensa quantidade de pessoas que buscam por um novo lar.

Desde sempre o impulso migratório humano tem sido determinado por fatores diversos, como cataclismos naturais, invasões colonizadoras e migrações forçadas, sendo as duas últimas as mais violentas e cruéis, gerando a decadência de civilizações e a escravidão (PRONER; BARBOZA; GODOY, 2015, p. 09).

Durante a pré-história destaca-se a importância da migração para contribuir à adaptação do ser humano em diferentes ambientes. Nas grandes navegações, por sua vez, a função das migrações era a colonização. Na Revolução Industrial, as imigrações

¹⁴ As migrações focalizadas nos aspectos econômico e político são um fenômeno do mundo moderno e se relacionam diretamente com os postulados do liberalismo, adotados a partir do século XIX. No entanto, apesar de diversos pontos da teoria liberal terem seguido seu curso, o mesmo não se deu com a questão migratória. O que era liberdade de ir e vir passou a ser alvo de uma série de restrições legais, pois as variadas crises pelas quais passou o mundo levaram os governos a interpretar as migrações, por muitas vezes, como fatores de desestabilização econômica e/ou política (PRONER; BARBOZA; GODOY, 2015, p. 10).

constituíram uma alternativa usada pelos camponeses para buscarem melhores condições de sobrevivência (BECKER; BORGES, 2015).

Outros tipos de migrantes foram os trabalhadores coloniais como, por exemplo, os Irlandeses para o Reino Unido. A maior parte dessa migração era espontânea e consequência da necessidade de mão de obra (CASTLES; MILLER, 2004).

Entre 1918 e 1945, período de crise econômica e hostilidade de alguns países a imigrantes, o fluxo de migração era em maior parte para a industrialização, tendo como destino principalmente os Estados Unidos (EUA) e Austrália. A migração para os EUA começa mais limitada, devido às restrições migratórias da década de 1920. Porém, alterna com períodos de incentivo à migração e aumentou após a década de 1970 (CASTLES; MILLER, 2004). Os EUA ainda é o país de maior destino dos imigrantes internacionais (IOM, 2018, tradução nossa).

Os fluxos entre 1918 e 1945 também se destinavam à reconstruir a Europa e fomentar o seu crescimento, em um sistema de trabalhadores convidados. Havia uma discriminação institucional e informal destes trabalhadores, formando minorias (CASTLES; MILLER, 2004).

Após a Segunda Guerra Mundial a migração mudou seu perfil e ocorreu em duas, a primeira para os países desenvolvidos e a segunda após a crise do petróleo de 1973 no período de reestruturação econômica global, decorrente da crise do petróleo, industrialização tardia dos ditos países de terceiro mundo e desenvolvimento tecnológico, as quais mudaram o perfil da imigração (CASTLES; MILLER, 2004). Portanto, entre 1945 e 1973 a imigração e emigração se deram, primordialmente, por motivos econômicos (além de parcela de importância de motivos políticos) (CASTLES; MILLER, 2004).

Com o fim da Guerra Fria e aumento acentuado da globalização, iniciou-se um grande movimento migratório (pessoas com diferentes valores e culturas) buscando asilo; fugindo de perseguições e buscando encontrar familiares, por exemplo. Neste cenário, criou-se um grupo maior de minorias nos países de acolhimento, as quais não devem ser ameaçadas pelo nacionalismo extremado, e devem ser respeitadas, tanto no ambiente privado quanto no público (saúde, educação) (BONINI, 2017). A dignidade humana deve ser respeitada ainda mais em um cenário multicultural.

Frente ao exposto, podemos ver que os motivos para imigração mudam com o passar dos anos. A imigração em 1945 ocorreu por motivos econômicos. Na década de 1980, por sua vez, os motivos foram políticos (vide União Soviética), com alto número de pedidos de asilo e de refúgio. Já nos anos 2000 vemos um incentivo à migração de trabalhadores qualificados (CASTLES; MILLER, 2004)¹⁵.

O século XX teria se definido como o século dos migrantes, deslocados e refugiados e o século XXI também segue na esteira da mobilidade humana, uma vez que o homem tem se deslocado por diversos motivos, dentre eles busca por moradia digna, emprego e saúde (BUHRING, 2016).

Embora as migrações sempre tenham existido na história da humanidade, não há um período na história que não tenham ocorrido migrações.

“[...] somos capazes de criar raízes (de levar nossas raízes) para outros lugares distintos daqueles que nascemos e vivemos por gerações, graças a nossa mobilidade e a nossa capacidade de adaptação (da mesma forma que a nossa capacidade técnica ou tecnológica), que estão na origem de nossa evolução. Nesse sentido, os seres humanos são também *animais migratórios*” (LUCAS, 2015, pp. 19-20, tradução nossa, grifo do autor).

Neste século, elas atingem novos significados, com a mobilidade de pessoas, mercadorias e informações (ALMEIDA; BAENINGER, 2013). Para Vestri (2015) os fluxos migratórios são um fenômeno novo, estrutural e sistêmico.¹⁶ “[...] sem o qual não se pode entender nosso mundo” (LUCAS, 2015, p. 19, tradução nossa, grifo do autor).

As migrações abarcam todos os pontos da vida: social, cultural, ideológica, política e econômica o que, para o autor, pode consistir em algo positivo ou em uma dificuldade para o migrante. Por isto, as migrações consistem em políticas, o que deve exigir respostas neste sentido, e não apenas remendos setoriais. As migrações consistem em exercício de liberdade, que devem ser garantidos e reconhecidos (LUCAS, 2015).

No cenário atual “[...] a migração, que sempre foi um elemento básico da condição humana [...] reflete questões individuais e coletivas que colocam à prova o próprio funcionamento do Estado” (PRONER; BARBOZA; GODOY, 2015, p. 10). O cenário contemporâneo é marcado por inovações tecnológicas em todos os setores, em especial

¹⁵ Hungria, República Tcheca, Estônia, Eslovênia- países que passam a tentar entrar na União Europeia nos anos 2000. Isso tem consequências para a imigração. Para isso, precisavam unificar suas políticas migratórias com as da União Europeia (desejavam evitar imigrantes da ex União Soviética) (CASTLES; MILLER, 2004).

¹⁶ Para Melo (2015), a globalização traz novas formas de interação, ressaltando-se a importância da dimensão cultural do processo de globalização.

em comunicação e transportes, o que aumenta exponencialmente os deslocamentos populacionais, internos e internacionais (PRONER; BARBOZA; GODOY, 2015).

A questão reside basicamente, no mundo contemporâneo, na expansão econômica, na necessidade de mão de obra permanente em grande quantidade, baseada, muitas vezes, na imigração (PRONER; BARBOZA; GODOY, 2015, p. 11).

Vestri (2015) ainda dispõe que entre os fatores que motivam as migrações estão: aumento da desigualdade social e econômica Norte/ Sul; falta de perspectiva de trabalho para os mais jovens, catástrofes naturais, desequilíbrios ecológicos, guerras, perseguições políticas e religiosas, violação de direitos humanos. Porém, dois são os principais fatores que afetam as migrações hoje: o primeiro é que se rompeu com o conceito de imigração da 2ª Guerra Mundial, de imigração promovida pelos Estados por demanda por trabalho e mão de obra barata.

O outro fator principal é a globalização como fator que promove a livre circulação de capital, mas não de pessoas, como vimos com o conceito de “loteria geográfica” já estudado. Nesse sentido, existem imigrantes que fazem parte de elite e que se movem pelo mundo sem se preocupar com fronteiras. Porém, existem a maioria dos imigrantes, que se movimentam para sobreviver (VESTRI, 2015).

Lucas (2015), dispõe que, segundo o artigo XIII da Declaração Universal dos Direitos Humanos¹⁷¹⁸, tem-se direito a emigrar, a sair e a voltar ao mesmo Estado, mas não a ser imigrante, a se assentar em um país que se queira. Assim, a imigração é privilégio para alguns, mas uma necessidade para outros (conceito de loteria geográfica):

“[...] antes de tudo devemos garantir o direito de todo ser humano ser migrante, ou seja, o direito de poder se mover livremente à sua escolha, algo que parecia ter se consagrado na Declaração universal dos direitos humanos de 1948, em seu artigo 13 [...]” (LUCAS, 2015, p. 25, tradução nossa, grifo do autor).

O termo contraglobalização é usado para ilustrar um cenário onde os mercados, políticas e forças culturais forçam as migrações e os governos, em contrapartida, fazem

¹⁷ O artigo 13 da Declaração Universal de Direitos Humanos prevê a migração. Por isso, muitos sujeitos buscam a migração, tendo como objetivo fugir da fome, buscar emprego e encontrar a felicidade no país de acolhida (BUSNELLO, 2017).

¹⁸ Artigo XIII

1. Todo ser humano tem direito à liberdade de locomoção e residência dentro das fronteiras de cada Estado.
2. Todo ser humano tem o direito de deixar qualquer país, inclusive o próprio, e a este regressar (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948).

de tudo para limitar as imigrações para os respectivos países (BORGES, MATTOS, SARTURI, 2015 apud SUTCLIFFE, 1998).

Sallum (2017) dispõe que, desde que a Agência das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) (órgão que fiscaliza os direitos dos refugiados) começou a contabilizar informações sobre deslocamentos, na década de 1950, os tempos atuais são aqueles em que mais pessoas sofrem deslocamentos devido a conflitos e perseguições. A maioria vem da Somália, Afeganistão e Síria. Para a autora, esta não seria, porém, uma crise de números, mas sim uma “[...] crise de solidariedade” (SALLUM, 2017, p. 14) e uma “[...] crise da humanidade” (SALLUM, 2017, p. 22).

Portanto, “[...] a migração, e a mescla cultural não são fatos isolados, mas que (de)marcaram a sociedade tal como a conhecemos” (CÂMARA; CHUEIRI, 2015, p. 124). No ano de 2015 foi contabilizado o número de 243.700,236 de migrantes internacionais no mundo, em comparação ao total de 84.460,125 migrantes em 1970 (IOM, 2018, tradução nossa): “[...] ‘o elefante está na sala’ e a ele não se pode mais ignorar” (SALLUM, 2017, p. 14).

1.1.3 Migrações no Brasil

O Brasil é, historicamente, um país de imigração e constituído por imigrantes, com a eliminação da população local de índios (OLIVEIRA, 2017).

Os programas oficiais voltados à ocupação do território brasileiro por imigrantes iniciaram-se no século XVIII, no período colonial, com D. João V, e visavam à instalação de colônias agrícolas nas províncias do sul do país: Rio de Janeiro, Espírito Santo, São Paulo e Santa Catarina (CARNEIRO, 2018, p. 65).

Além da colonização portuguesa, destaca-se a presença africana e, ao longo da história do país “[...] a população brasileira foi formando-se, mediada por esses encontros de populações estrangeiras com a população original” (OLIVEIRA, 2017, p. 57).

Com a vinda da família real portuguesa em 1808, o Brasil se torna Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves. A Coroa Portuguesa media, pela primeira vez, a vinda de imigrantes para trabalho no país, em 1818, com o acordo de imigração/ colonização feito pela Coroa com o Cantão Suíço Fribourg (OLIVEIRA, 2017).

Portugal e Inglaterra assinam, desde 1810, tratados para restringir o tráfico negreiro. Com isso, torna-se caro ter escravos, e uma alternativa é a mão de obra imigrante

européia, em um projeto de embranquecimento da população, em especial para trabalhar nas lavouras de café nas regiões sul e sudeste do país (OLIVEIRA, 2017).

Os portugueses, os primeiros colonizadores, foram imigrantes. Os africanos escravizados, por sua vez, embora não possam ser enquadrados nesta categoria de imigrantes, pois foram forçados a vir para o país, contribuíram enormemente para a formação cultural do Brasil de hoje. Além de portugueses e africanos, podemos citar a contribuição de outros povos para formar a sociedade que temos hoje, principalmente espanhóis, italianos, alemães e japoneses. Portanto, o Brasil é um país formado por muitas culturas (COLOMBI, 2017).

Apesar do que está disposto acima, destaca-se que o país possui uma tradição recente de ser um país de emigração (MINCHOLA, 2015). No início do século XXI alguns fatores como economia positiva e boa projeção internacional levaram o Brasil a ser considerado como destino para a imigração (JARDIM, 2017). A chegada de haitianos em 2010 foi o primeiro fluxo em larga escala a vir para o país, seguido por outros, como o de senegaleses em 2012, resultado do cenário socioeconômico do Senegal e à não receptividade de outros países mais próximos (MINCHOLA, 2015).

No caso dos haitianos, as principais causas para a migração para o Brasil foram os desastres ambientais no Haiti, aliado ao fechamento das fronteiras da Guiana Francesa e a presença da Força Armada Brasileira no local (JARDIM, 2017). Portanto, o terremoto no Haiti gerou consequências que vão além de suas fronteiras (RIBEIRO, 2015).

Apesar destes fluxos recentes, destaca-se que o Brasil não se encontra nem entre os primeiros 20 maiores¹⁹ destinos de imigração (IOM, 2018, tradução nossa). O Brasil possuía, em 2017, 735.6 mil imigrantes em seu território, contra os 49.8 milhões em território Norte Americano e 7 milhões na Austrália (Migration Data Portal, 2019). Em 1886, segundo dados da Sociedade Protetora de Imigração, o Brasil possuía cerca de 2,7 milhões de imigrantes. O número de imigrantes até 1970, porém, era de cerca de 1,2 milhões.

Portanto, o Brasil não pode ser considerado atualmente como um país de destino migratório, como demonstrado pela comparação com outros países. Apesar disso, devido às ondas migratórias recentes para o país e ao fato de a migração ser, na atualidade,

¹⁹ São eles, em ordem decrescente: Estados Unidos da América; Alemanha; Rússia; Arábia Saudita; Reino Unido; Emirados Árabes; Canadá; França; Austrália; Espanha; Itália; Índia; Ucrânia; Tailândia; Paquistão; Cazaquistão; África do Sul; Jordânia; Turquia e Kuwait (IOM, 2018, tradução nossa).

um fator estrutural da globalização, é fundamental o estudo de como o Brasil tem recebido os seus imigrantes no que diz respeito à saúde.

Nesse sentido, o Brasil evoluiu no tema migratório ao aprovar a Lei de Migração, uma vez que o Estatuto do Estrangeiro considerava a imigração sob a óptica da segurança nacional e não dos direitos humanos do imigrante (REDIN, 2015).

O Estatuto do Estrangeiro possuía um viés securitizador e tratava os estrangeiros como indesejáveis (CARNEIRO, 2018, p.57), vez que foi formulado na década de 1980 e possuía como foco a segurança e os interesses nacionais, sendo o Estado o responsável pelo monopólio sobre a mobilidade humana (CÉSARO; GULARTE, 2015).

Embora os debates das mudanças legislativas no que diz respeito à migração tenham se iniciado na década de 1980 (JARDIM, 2017), as discussões a respeito da superação do Estatuto do Estrangeiro começam em 2005 (CARNEIRO, 2018).

A Lei de Migrações busca acolher o imigrante e deixou de usar o termo estrangeiro, que remete a estranhamento (RIBEIRO; SIMONI, 2015)²⁰ e segregação. Por isso, este termo será evitado neste trabalho.

A figura do estrangeiro, por definição, mostra um estranhamento, explicita uma distância entre culturas que é de difícil superação, e a etimologia do termo mostra que esta característica está no cerne do significado. A palavra é proveniente do termo francês (antigo) *estranier* (atual *étranger*), derivada do termo latino *extraneus*, 'estranho'. A mesma sensação de afastamento também pode ser encontrada no termo "bárbaro" que significa além de estrangeiro e cruel, desumano. Esse termo originou-se devido a ausência de entendimento dos povos ditos civilizados ao ouvirem a língua dos povos estrangeiros. Como parecia uma grande onomatopeia, o termo foi cunhado para designar o barulho feito por estes estrangeiros. Sem uma linguagem (entendida como uma cultura) comum, não restava outra designação além da feita pela oposição aos seres civilizados. É este estranho que, ao aparecer nas margens, coloca em xeque a construção dos direitos humanos (CÂMARA; CHUEIRI, 2015, pp. 126-127).

A Lei de Migração também usou o termo migrações em substituição a imigrações, de forma a reconhecer a preocupação com o nacional brasileiro que emigra (RIBEIRO; SIMONI, 2015).

1.2 Conclusões Parciais

²⁰ Abaixo, sobre o patriotismo que, em excesso, pode levar à intolerância com imigrantes: Para meu gosto, os franceses estão obrigados a um patriotismo excessivo. [...] Trata-se de um país onde o patriotismo deve ser exercido como vício e não como virtude. Os franceses não estão casados com sua terra, ela é sua amante. E como é ciumenta! (BRECHT, 2017, p. 84).

Os dois casos relatados no início do capítulo tiveram por finalidade trazer empatia e proximidade para ao leitor do tema de migrações. Foram úteis também para introduzir a temática de estudo. Estas narrativas debateram diversos pontos de interesse, dentre os quais: a dificuldade em cruzar fronteiras (conceito de loteria geográfica); a cidadania de segunda classe do não nacional e o sonho em fazer parte da sociedade do país de acolhimento. Também se vislumbrou a situação de miserabilidade dos campos de refugiados e a importância das políticas públicas de acolhimento a imigrantes e de saúde. Outro ponto de destaque foi a empatia dos moradores de Idomeni com os imigrantes, mostrando a importância da proximidade e compreensão do outro.

O relato de Bonis (2017), por sua vez, narrou a tristeza e falta de esperança dos refugiados e descreveu o “momento de colapso psicológico dos refugiados”. Destacou ainda que muitas pessoas opinam sobre o tema migratório do sofá de sua casa, ou seja, lhes falta conhecimento do tema e empatia.

Do estudo dos conceitos de migração se concluiu que, independente da categoria, o não nacional não é um sujeito político no Brasil (em sentido estrito).

Também se discutiu as migrações no mundo e Brasil, mostrando que “o elefante está na sala”: as migrações são um fenômeno estrutural da globalização e um tema que não pode ser ignorado, mesmo que o Brasil não seja um dos maiores destinos migratórios.

CAPÍTULO 2 – IMIGRANTES E SAÚDE

O tema migratório muitas vezes é tratado de maneira generalizada e com discurso de ódio e xenofobia (CÉSARO; GULARTE, 2015). A generalização errônea do tema migratório ocorre, inclusive, no campo da saúde, a exemplo do medo da contaminação pelo vírus ebola que poderia ser trazido por imigrantes de origem africana. Também ocorre no campo econômico, com a suposta ameaça da perda de empregos por parte dos nacionais em razão do aumento da imigração. Esses discursos são inflados pelo pouco conhecimento das práticas culturais das minorias (CÉSARO; GULARTE, 2015). O encontro de diferentes culturas gera estranhamentos quanto à fala, religião, vestuário, o que podem gerar preconceitos diversos (BONINI, 2017), o que será abordado neste capítulo.

2.1 Saúde e os deslocamentos humanos

Seja qual for o tipo de migração, o indivíduo que migra ultrapassa não somente barreiras geográficas, mas também emocionais²¹, sociais, culturais, linguísticas, econômicas (BECKER; BORGES, 2015). Como barreiras culturais, podem-se enquadrar a compreensão²² do que é saúde e qual o tratamento adequado.

[...] acolher não é apenas aceitar dividir o espaço físico com o outro, seja ele refugiado ou imigrante, em situação regular ou clandestina, mas elaborar políticas que incentivem o processo de inserção do mesmo à nova vida, ainda que temporária, facilitando sua comunicação e o seu acesso a direitos básicos e fundamentais. Mais do que isso, é compreender sua cultura e tentar resguardá-la o máximo possível; concebendo-o como sujeito de direitos, não como ameaça, ‘estrangeiro’, ou reduzindo-o à mera mão de obra (BORGES, MATTOS, SARTURI, 2015, p. 70).

Neste cenário, deve-se destacar que “a migração é sempre um processo de desposse, desestabilidade, e desenraizamento, que vem associada muito frequentemente a grandes dificuldades para conseguir emprego, segurança, moradia e alimentação” (SAWAYA, 2017, p. 181). Não poderia deixar de incluir também o acesso à saúde²³ e à

²¹ “Na clínica, uma enfermeira me disse que a maior parte dos pacientes estava chorando porque não sabia o que iria acontecer com eles” (BONIS, 2017, p. 97).

²² “E não é essa a razão da própria existência: entender, antes de tudo?” (LÍRIO, 2017, p. 11).

²³ “O primeiro dos bens, depois da saúde, é a paz interior” (LINS; ROSA, p. 199, apud ROCHEFOUCAULD).

precariedade de sua prestação e é “[...] nas cidades, em âmbito local, que se percebe, mais diretamente os déficits em relação aos direitos sociais, entre eles o déficit do direito à saúde [...]” (BUHRING, 2016, p. 144).

Na migração estariam envolvidos os desenraizamentos social, cultural, físico e de significados. Mudar de país significa alterar a forma como se resolvem as ações e as relações, bem como os problemas e situações do cotidiano (KUBLIKOWSKY, MACIEL, JUNIOR; SOUZA, 2017). Os sujeitos, ao se deslocarem, passam por inúmeras situações desestruturantes (KUBLIKOWSKY, MACIEL, JUNIOR; SOUZA, 2017), afetando todas as dimensões da existência social, inclusive a psíquica (CASTLES; MILLER, 2004), lembrando que as pessoas que se deslocam já se encontram em situação de carência e de vulnerabilidade (BUHRING, 2016 apud ARENDT, 1989).

Por isso, Wolkmer (2015) dispõe que devem ser garantidos os direitos básicos e culturais aos imigrantes. São direitos básicos: saúde, moradia, segurança e trabalho. Para este autor, a despeito do Artigo 13 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948²⁴, não se reconhece e nem se respeita na prática os direitos humanos dos imigrantes.

A Declaração Universal de 1948 traz o princípio da dignidade humana (MELO, 2015) e a Constituição de 1988, que incorporou no seu texto a proteção dos direitos humanos, torna-se um marco na proteção de imigrantes e no seu ‘direito a ter direitos’ (PRATTI; VEDOVATO, 2017).

[...] H. Arendt realça, a partir da análise dos problemas e tragédias promovidos pelo totalitarismo, que o primeiro direito humano é o *direito a ter direitos*. Isto significa pertencer, pelo vínculo da cidadania, a algum tipo de comunidade juridicamente organizada e viver numa estrutura onde se é julgado por ações e opiniões, a partir do princípio da legalidade e do devido processo legal (MELO, 2015, p. 149, grifos do autor).

O acesso à moradia digna, condições sanitárias, acesso a direitos sociais, econômicos e culturais contribuem para os cuidados com a saúde (BUHRING, 2016 apud MERCOSUL SOCIAL E PARTICIPATIVO, 2012). A erradicação da miséria humana também deve ser considerada como uma questão de saúde (BUHRING, 2016).

²⁴ Artigo 13º

1. Toda a pessoa tem o direito de livremente circular e escolher a sua residência no interior de um Estado.
2. Toda a pessoa tem o direito de abandonar o país em que se encontra, incluindo o seu, e o direito de regressar ao seu país (Declaração Universal dos Direitos Humanos).

Portanto, o tipo de migração não deve submeter os migrantes a nenhum tipo de discriminação, devendo ser garantido a todos o acesso a direitos humanos (RIBEIRO, 2015).

Não se trata, portanto, da simples transferência de uma comunidade política para outra, mas de todo um processo de inclusão e aceitação em outro território e no seio de outra comunidade política, nem sempre receptiva ou disposta a aceitar novos membros em suas atividades econômicas, políticas, sociais, culturais, etc. (PRONER; BARBOZA; GODOY, 2015, p. 10).

A saúde é um conceito complexo, que está ligado a outros fatores, como moradia e lazer. A saúde deve ser entendida como um completo bem-estar (COLOMBI, 2017)²⁵ e não pode ser considerada como a mera ausência de doenças, mas abrange também, o meio ambiente do indivíduo do ponto de vista social e econômico. (DAVIES, 2006). A previsão constitucional, o entendimento dos tribunais, a Declaração da ONU, da Lei de Migração, (Júnior Nunes e Serrano, 2017) o Pacto de Direitos Sociais, Culturais e Econômicos, de 1966 prevê que todos devem desfrutar de saúde em seu conceito mais amplo, conforme será melhor detalhado no capítulo a seguir, sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

É fundamental a inclusão do estrangeiro por meio de políticas públicas de saúde, educação e alimentação as quais juntas, contribuem para a sua qualidade de vida (COLOMBI, 2017). A saúde deveria possuir atendimento facilitado para imigrantes, por serem pessoas sujeitas a todas estas situações adversas. Deve-se lembrar que políticas são escolhas. O SUS deve eleger quais vulneráveis priorizar e como atendê-los (JARDIM, 2017). O Brasil²⁶ deve se preparar para recebe os imigrantes de forma a respeitar os direitos humanos (CÉSARO; GULARTE, 2015). Por isso é fundamental o amparo dos Estados para a promoção dos direitos sociais, como forma de reduzir a desigualdade e como maneira de gerar oportunidades sociais (BUHRING, 2016).

Uma das condições mais fundamentais para a preservação da dignidade do ser humano é a garantia de seus direitos. Como afirmava o jurista romano Ulpiano já no século II, justiça significa *'Dare cuique suum* - dar a cada um o que é seu (SAWAYA, 2017, p. 179).

²⁵ A respeito do Bolsa Família e dos imigrantes: a inclusão de não nacionais no programa é possível, se estes se enquadrarem no critério de benefícios e, em 2015, o programa atendeu a 15.707 famílias com ao menos um não nacional (COLOMBI, 2017).

²⁶ Quanto ao MERCOSUL, destaca-se que muitos foram os acordos realizados entre os países membros quanto à questão de saúde, como políticas de medicamentos, controle de enfermidades (chagas, H1N1). A integração entre países seria, portanto, não somente econômica, mas também sociais (BUHRING, 2016).

Assim, surge um questionamento importante, que é “como incluir grupos desiguais?”²⁷. A resposta também pode estar no rol dos direitos políticos.

Lucas (2015), dispõe que devemos ver as migrações como uma oportunidade de integrar imigrantes e nacionais. Para isso, o autor dispõe que, dentre outros direitos, deve ser assegurado o acesso universal à saúde.

Discutir a acolhida, as respectivas políticas migratórias, seja de forma geral, seja com foco em elementos específicos, como refugiados, mulheres, crianças, trabalhadores, é essencial para que se possa compreender esse fenômeno e contribuir para a solução de problemas que lhe são inerentes (PRONER; BARBOZA; GODOY, 2015, p. 12).

Destaca-se a iniciativa da Prefeitura de São Paulo com a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2016 (OPAS, 2016), ambas procurando cooperarem para fortalecer a atenção básica e saúde mental de imigrantes e refugiados, melhorando as políticas públicas para a população imigrante, com capacitação de profissionais, apoio técnico e melhoria da qualidade de serviços (JÚNIOR NUNES; SERRANO, 2017).

Migrações recentes:

[...] implica na urgente tarefa de confrontar os fatos com o direito, a fim de se executar soluções políticas que tragam resultados positivos tanto para os estados quanto para os seres humanos (PRONER; BARBOZA; GODOY, 2015, p. 09).

Porém, o que ocorre muitas vezes é que o migrante é visto como vinculado ao trabalho, ele só tem sentido enquanto trabalha. O imigrante desempregado seria um paradoxo, pois o trabalho seria o maior motivador da imigração. Nesse sentido, uma vez que o imigrante irá residir e trabalhar no país de acolhida, ele precisa ter alguns direitos reconhecidos (SAYAD, 1998).

Sayad (1998) dispõe que são contabilizados os benefícios e os custos da imigração e que, para ser incentivada pelo Estado, deveriam ser contabilizados apenas os benefícios desta. O autor também dispõe que a imigração é alternadamente considerada como uma provisoriedade que se prolonga ou como uma situação duradoura que se vê como provisória. Caso a imigração traga vantagens para o país de acolhida, ela é vista como mais duradoura, sendo reconhecidos alguns direitos do imigrante (SAYAD, 1998).

²⁷ Para Sawaya (2017), não se pode falar sobre direito ou garantia de direitos, sem antes nos questionarmos quem é o ser humano e porque ele age. Para a autora, o ser humano tem a capacidade de ser livre e bom, mas também de destruir a seus pares.

Quando a situação econômica muda, o imigrante volta a ser considerado em seu estado de provisoriedade (VESTRI, 2015).

[...] imigração e imigrantes só são tolerados, na prática, quando, no balanço entre custos e lucros, vantagens e desvantagens, se apresenta um saldo positivo, qual seja, a imigração só deve apresentar ‘vantagens’, especialmente as econômicas, sendo que as ‘desvantagens (custo social e cultural) devem ser evitadas a qualquer preço. Dessa forma, a regulamentação da imigração tem um claro objetivo, embora este jamais seja revelado: impor a definição de imigrante que precisa ser constituída em função das necessidades de cada momento, de cada circunstância, mudando constantemente, ao sabor do momento e das oscilações de população (PRONER; BARBOZA; GODOY, 2015, p. 12).

Para Jardim (2017), o Estado deve se preocupar com o imigrante em questões que vão além do trabalho, como a saúde, uma vez que impacta na sua qualidade de vida e no próprio trabalho no país de acolhida. Porém, o que o Estado faz é lhe conceder o mínimo simbólico, assegurando- lhe apenas o estritamente necessário e aproveitando o máximo possível da imigração, subordinando-a sempre ao trabalho: “[...] ‘Exportam-se’ ou ‘importam-se’ exclusivamente trabalhadores, mas nunca [...] cidadãos, atuais ou futuros” (SAYAD, 1998, p. 66).

A provisoriedade considera os imigrantes como temporários no país de acolhimento (MELO, 2015). Há uma contradição fundamental inerente ao fenômeno migratório: é como se a imigração precisasse, para se perpetuar, negar a si mesma, ignorando sua provisoriedade (PRONER; BARBOZA; GODOY, 2015, p. 11). Como provisório, não se formulam, em geral, políticas públicas para este grupo. Destacando-se a importância do acordo com a OPAS destacado acima.

Apesar do imigrante contribuir para a força produtiva do país receptor e mandar remessas de dinheiro para seu país de origem, normalmente ele não é considerado na formulação de políticas públicas em nenhum deles (REDIN, 2015).

Assim, “[...] o acesso precário ao sistema público de saúde, ou a falta deste, expõe à marginalização um grande número de indivíduos carentes, sem condições de obtenção de prestações primordiais” (LEITE, 2014, p.107). Diversos fatores afetam a saúde, dentre eles a exclusão econômica, a política, a social, o acesso à moradia e creche, entre outras. No entanto, na Constituição a saúde é um conceito que supera a mera ausência de doenças (BRASIL, 1988).

Para Lucas (2015), as políticas jurídicas de migração são cada vez mais restritivas. Poderíamos dizer o mesmo na área da saúde? Para o autor, devemos explicar se a nossa

construção jurídica e política do que é um imigrante responde às necessidades reais. O problema do direito é que ele responde de maneira mais lenta ao problema social, que é dinâmico (LUCAS, 2015).

Dentre os direitos que são negados ao imigrante, a Constituição Federal, em seu artigo 14²⁸, nega os direitos políticos ao não nacional, ou seja, os direitos políticos em sentido estrito: votar e ser votado (REDIN, 2015). Este é um dos motivos pelos quais se diz que o migrante possui uma cidadania de segunda classe no país acolhedor.

Mas em qual sentido atual o estrangeiro existe a partir da definição dos nacionais. Isso ocorre historicamente concomitantemente ao processo de formação do Estado-Nação. Se este define-se, por uma relação de poder soberano que ocorre em determinado território, subordina as pessoas que estão neste local, podemos perceber que a noção de território e cidadania são construídas para afirmar o poder do Estado (CÂMARA; CHUEIRI, 2015, p. 127).

Ao outorgar na prática uma cidadania de segunda classe, de exclusão de direitos, o Estado Nacional cria, para os imigrantes, um Estado de Exceção de Direitos (CARNEIRO, 2018).

Para Agamben (2010), cria-se um estado de emergência permanente, ainda que não declarado, inclusive nos países democráticos. O Estado de Exceção, uma zona de indistinção político jurídica, deixou de ser uma medida excepcional para ser uma técnica de governo contra os imigrantes indesejáveis, subjugando-lhes à uma vida nua.

Esta exceção a direitos, em especial aos direitos políticos, pode influenciar o exercício de outros direitos que são concedidos aos imigrantes, como o direito social de acesso à saúde. Portanto, toda diferença entre sujeitos constitui desigualdade²⁹, a qual pode gerar exclusão³⁰.

²⁸ O foco da perspectiva antropológica se distancia de ideias sobre os ‘usos das leis’, pois invariavelmente remetem a uma ideia de deturpação de seus princípios quando observados na prática. Do mesmo modo, as dinâmicas sociais não são derivadas das ‘incompletudes das leis’, como se seu aprimoramento fosse um remédio para a sociedade. Portanto, cabe indagar sobre a emergência de discursos legais, que não se esgotam na lei e, de outra parte, desvendar como diversos dispositivos geram a desigualdade de acessos à justiça e se configuram no momento da implementação de ações respaldadas por das normas, documentos e leis (JARDIM, 2017, p. 160).

²⁹ “Temos direitos de ser iguais toda vez que a diferenciação nos inferioriza; temos direito de ser diferentes quando a desigualdade nos descaracteriza” (SOUZA SANTOS, 2005, p. 9).

³⁰ Para Truzzi (2005), o ódio com o outro ameaçaria a própria humanidade. É preciso buscar uma convivência pacífica entre povos em uma convivência intercultural. Importante reconhecer que toda diferença é inferiorizante e se converte em política de desigualdade. O racismo se caracteriza pela absolutização das diferenças e negação absoluta dessas diferenças (SOUZA SANTOS, 2005).

Logo, deve-se desconstruir o processo de racionalidade que separa o imigrante do nacional (MICHOLA, REDIN, 2015)³¹ e ter em mente um “[...] olhar descolonizador, em uma perspectiva intercultural que tenha como ponto de partida os direitos humanos (PRONER; BARBOZA; GODOY, 2015, p. 12).

A saúde no Brasil será analisada no próximo capítulo.

2.2 Interculturalidade

A migração é um fato social completo (SAYAD, 1998) pois, seja qual for o tipo de migração, o indivíduo que migra ultrapassa não somente barreiras geográficas, mas também emocionais, sociais, culturais, linguísticas³²³³, econômicas (BECKER; BORGES, 2015), diferenças de costumes e religião, o que influenciam na adaptação ao país receptor (BORGES, MATTOS, SARTURI, 2015 apud SANTOS, 2012). A migração também envolve diversas ciências, como o direito, estudos demográficos, etc. (SAYAD, 1998).

Assim, a imigração é um fenômeno que gera mudanças na vida do sujeito. Ela pode ser mais ou menos traumática, dependendo de alguns fatores, como: os recursos psicológicos e sociais do imigrante, tipo de imigração e de família, o acolhimento e as políticas do país de acolhimento (BECKER; BORGES, 2015). Neste último item, destaca-se a preocupação com políticas de saúde voltadas para imigrantes. É nesse aspecto que se busca contribuir nesta dissertação de Mestrado.

[...] na modernidade talvez não haja espaço para heróis, mas somente para pessoas comuns que ao se verem privadas de suas referências – sua terra, língua e rotinas conhecidas - adoecem e sofrem no desencanto de perceber que o retorno já não é mais possível, tanto quanto não é o seu pertencimento àquela comunidade a qual se deslocou, pois, em resumo, somos sempre estrangeiros (CÂMARA; CHUEIRI, 2015, p. 126).

³¹ Principalmente pelos movimentos sociais (SOUZA SANTOS, 2005).

³² A língua constitui um ‘sistema abstrato que será concretizado no ato da fala, esse sim concreto’. A língua influencia a forma de ver o mundo, mas não a determina completamente, segundo a Profa. Dra. Ligia Ferreira, da UNIFESP (informação verbal obtida no Curso de Extensão em Imigração e Interculturalidade da UNIFESP).

³³ De fato, como observa Jean Pierre Warnier, a tradição, pela qual se transmite a cultura, impregna desde a infância, o corpo e a alma, de maneira indelével. A produção de sons da língua materna, por exemplo, inscrevem-se em estereótipos motores, memorizados pelo aparelho neuromuscular que passa a privilegiar certos músculos, contrariando a emissão normal da maioria dos sons das outras línguas. Do mesmo modo, muitos elementos de cultura são repertórios de ação e de pensamento permanentes, que ‘formatam’ a pessoa, uma vez que foram ‘incorporados’ (MELO, 2015, p. 159, grifos da autora).

Como já descrito anteriormente, a migração traz o trauma do desenraizamento e da perda. Ela leva a um novo enraizamento, construído no país de acolhida e a uma adaptação ao novo estilo de vida (BECKER; BORGES, 2015). Para a Profa. Sylvia Dantas, a migração quebra o quadro de referência anterior³⁴, levando a um processo de aculturação (DANTAS, 2017).

Aculturação é um termo que foi definido pela primeira vez em 1936 e engloba um conjunto de transformações que ocorrem pelo contato contínuo entre culturas distintas, que “[...] exercem reciprocamente uma ação que vai resultar na mudança de cada uma [...]” (FRANKEN; COUTINHO; RAMOS, 2017, p. 205).

As palavras ‘cultura’ e ‘civilização’, conforme definição de Edward Taylor, de 1871, designam uma totalidade complexa que compreende os conhecimentos, as crenças, as artes, as leis, a moral, os costumes, e qualquer outra capacidade ou hábito adquirido pelo homem enquanto membro de sociedade (MELO, 2015, p. 158).

O imigrante, ao mudar de país, passa por ruptura de laços, o que pode levar ao “estresse de aculturação”, ocasionando diversos problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade (DANTAS, 2017). O estresse de aculturação é definido como:

“(...) um tipo de estresse desencadeado pelo processo de aculturação do qual decorre abalo na saúde mental, com aumento da ansiedade, depressão, sentimentos de marginalização e alienação, aumento de sintomas psicossomáticos, confusão identitária” (DANTAS, 2012, p. 119).

O processo de aculturação é lento e envolve um processo de adaptação socio cultural e adaptação psicológica. O “estresse de aculturação”, por sua vez, é influenciado por diversos fatores, dentre eles, o conhecimento da língua, o preconceito e a discriminação no novo contexto social, ao acesso aos direitos sociais garantidos constitucionalmente. Logo, o estrangeiro possui uma carga adicional de estresse além dos sofrimentos que são comuns aos brasileiros natos (DANTAS, 2017).

Deve-se entender a cultura do outro, para saber o que é ou não disfuncional para a vivência daquele sujeito (em termos de saúde mental) (DANTAS, 2017). Para a Profa. Lygia F. Ferreira, da UNIFESP, é necessário, no encontro de culturas, que exista uma “intercompreensão” (informação verbal)³⁵.

³⁴ “É difícil transmitir uma história quando não se tem mais nada, nem livros nem roupas antigas, nem bibelôs nem joias, nada que recorde o passado. [...] Como todos os imigrados, só poderemos lhe transmitir palavras, canções, histórias... é por isso que este livro é importante para a minha filha” (JASSOUMA; CAMBRONE, 2017, p. 131).

³⁵ Informação verbal fornecida pela Professora Ligia F. Ferreira em 11/11/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da

A psicologia intercultural constitui um estudo interdisciplinar que dialoga com a antropologia, economia, ciências políticas, história, sociologia e também com o direito e estuda como se dá a repercussão na pessoa do encontro entre culturas. É um ramo recente da Psicologia, e surgiu no país entre as décadas de 1960 e 1970, tendo como precursores Aniela Ginsberg e Arrigo Leonardo Angelini, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Universidade de São Paulo, respectivamente (DANTAS, 2017).

Essa ciência estuda como o imigrante se move entre culturas diferentes. Seu objeto de estudo, assim, é semelhante ao da antropologia psicológica. Ambas focam nas relações entre cultura e fatores psicológicos, porém, a antropologia psicológica tem um foco maior em instituições e a psicologia intercultural no indivíduo (DANTAS, 2012). Assim:

“Nesses encontros/ desencontros culturais é toda a articulação do sentido da vida que é posta em xeque, levando a complexos processos de manutenção, de rejeição e de negociação relativos a valores, relações familiares, identidade pessoal e grupal, educação dos filhos, hábitos alimentares e de higiene, enfim, toda a realidade humana. A psicologia intercultural, em diálogo com a antropologia, tem resumido numa palavra o conjunto desses processos: aculturação” (DANTAS, 2004, p. 10).

O estresse de aculturação do imigrante surge na adaptação à nova cultura na sociedade de acolhida e pode envolver resistência cultural, quando o imigrante se isola em sua cultura de origem; assimilação, quando o imigrante assimila a cultura do país de acolhimento, e ignora a sua de origem; marginalidade, quando o imigrante não se sente como pertencente nem à cultura do país de acolhimento, nem à sua de origem; e o cosmopolitismo, quando o imigrante constrói uma identidade que mistura a cultura do país de acolhimento e a sua de origem (MELO, 2015).

A identificação individual, e coletiva, com uma determinada cultura tem como corolário a produção de uma *alteridade* em relação aos grupos cuja cultura é diferente. O contato intercomunitário suscita reações muito diversas: idealização do outro, atração pelo exótico, pelo ‘bom selvagem’, como também desprezo, incompreensão, rejeição, podendo chegar à xenofobia e aniquilamento (MELO, 2015, p. 153 apud WARVIER, 2000, p. 18; grifos da autora).

Existem diversas estratégias de aculturação, que podem se misturar, embora sempre prevaleça uma delas. A primeira é a mais positiva: a integração³⁶. É quando o

Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

³⁶ Deve-se buscar integração por meio do trabalho e consumo (SOUZA SANTOS, 2005).

sujeito se vê pertencente às duas culturas, o que nem sempre ocorre ao mesmo tempo. A outra estratégia, descrita pela Profa. Sylvia Dantas, é a marginalização.

Nessa mesma direção de sentido, Noam Chomsky evidencia na sua *teoria da sintaxe* que os homens usam gramáticas diversas, a partir da sua cultura de proveniência, mas sob as gramáticas superficiais existe uma *generative grammar* que consente, mesmo a uma criança de três anos, aprender línguas diversas e passar de uma língua para outra. Por diferente que seja de mim o estrangeiro que encontro, existe, comum a ambos, uma *gramática generativa*. Existe uma *humanidade escondida* que aspira à superação das nossas duas culturas, aspira a um modo de conviver que deixe para trás a nossa maciça e impenetrável diversidade (MELO, 2015, p. 152, grifos da autora).

No modelo de integração racista há: “[...] igualdade formal mas não substancial equiparação das possibilidades de participação ao sistema econômico e político. Parcial homologação dos comportamentos adotados na esfera privada” (MELO, 2015, p. 155).

Raça seria, porém, uma construção social e não um conceito biológico, que levaria ao racismo e racismo é o uso de características fenotípicas ou culturais pelo grupo dominante para excluir e explorar um grupo dominado. Significa fazer previsões e atuar de acordo com elas, com base no racismo. Racismo institucional (estrutural) constitui em leis, polícias e práticas administrativas. O racismo informal é feito por membros do grupo dominante (CASTLES; MILLER, 2004)³⁷.

O modelo segregacionista, por sua vez, traz “[...] acesso diferenciado aos recursos disponíveis na esfera pública, alimentando a diferença entre as várias culturas e grupos étnicos” (MELO, 2015, p. 155).

As constantes que caracterizam a história destas desigualdades no contexto do fenômeno migratório podem ser identificadas como: no plano jurídico, a *discriminação*; no plano existencial, a *precariedade*; no plano trabalhista, a *provisoriedade* e a *incerteza*; no plano social, a *falta de infraestruturas*; no plano político, a *marginalização*; no plano cultural, a *involução* e a *segregação* (MELO, 2015, p. 150, grifos da autora).

Algumas minorias são fruto de exclusão e outras de reunião de sujeitos com características culturais semelhantes. Porém, o conceito de minoria étnica sempre leva à ideia de exclusão (CASTLES; MILLER, 2004), as minorias étnicas utilizam a cultura como aspecto de resistência em ambiente hostil (CASTLES; MILLER, 2004). Sobre a exclusão dos imigrantes:

³⁷ Etnicidade é diferente de raça, e envolve aspectos como língua, história, idioma e costumes. algumas vezes envolve também características físicas. Alguns antropólogos criticam o conceito de etnicidade. Ainda, minorias étnicas são, então, populações de minorias excluídas pela sua língua, cultura, fenótipo, etc (CASTLES; MILLER, 2004).

Do ponto de vista das políticas públicas e da ação da sociedade civil, as modalidades com que as comunidades de acolhimento enfrentam a questão da presença no seu território, de estrangeiros e de culturas étnicas minoritárias podem ser elencadas (sempre a fins didáticos e sem perder de vista os riscos da simplificação” em:

Exclusão: é a posição que afirma que as minorias devem retornar ao seu país de proveniência (MELO, 2015, pp. 156-157, grifos da autora)³⁸.

A categoria da assimilação é aquela que:

[...] nega o reconhecimento das especificidades culturais às minorias étnicas, oferece porém ao imigrante a possibilidade de acesso à cidadania com o pressuposto que este se empenhe em se tornar um cidadão do novo país de residência, introjetando os valores e as regras de convivência (MELO, 2015, p. 157).

Vivemos em um contexto de mundo globalizado, onde há cada vez um maior contato multicultural entre sujeitos. A multiculturalidade “[...] implica um conjunto de culturas em contato, mas sem se misturar: trata-se de várias culturas no mesmo patamar [...]”³⁹ (WEISSMANN, 2016, pp. 41-41) e o termo “multiculturalismo” deriva do latim (“*multos*” significa muito e “*cultus*”, cultivar). Portanto, refere-se à convivência de diversas culturas em um mesmo espaço, seja ela harmoniosa ou não (MELO, 2015).

O multiculturalismo “[...] é a posição que tende a garantir aos grupos étnicos o reconhecimento da identidade coletiva e que sejam dadas respostas (ao menos do ponto de vista formal) que salvaguardem as especificidades culturais” (MELO, 2015, p. 158).

No modelo do multiculturalismo⁴⁰ há: “[...] igualdade de oportunidades na esfera pública, possibilidade de expressão autônoma na esfera privada, tutela das diferentes tradições culturais” (MELO, 2015, p. 155). Para Melo (2015), a cultura permite o estabelecimento de laços com as pessoas ao seu redor. Para a Profa. Sylvia Dantas, a integração gera efeitos positivos para a sociedade e o multiculturalismo pode ser uma maneira de facilitar a assimilação de culturas (informação verbal)⁴¹.

³⁸ Quando ao que está disposto acima, referente à exclusão, a autora dispõe que a Itália promove disparidade de tratamento, o que leva a obstáculo ao acesso escolar e aos serviços de saúde (MELO, 2015).

³⁹ “[...] As diferenças ficam estanques e separadas em cada cultura, possibilitando pensar no que os antropólogos chamam de a lógica do Um, que só tem uma verdade a seguir e uma forma de pensar o mundo” (WEISSMANN, 2016, pp. 41-41).

⁴⁰ Outro obstáculo para o multiculturalismo- política de identidade (processo de reconhecimento do outro). Ela é formada por diferenciação (processo de separação; diferente da exclusão), autorreferencia (momento em que se especula a criação da identidade, como os ritos de origem) e conhecimento (SOUZA SANTOS, 2005).

⁴¹ Informação verbal fornecida pela Professora Sylvia Duarte Dantas em 25/11/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

A origem do multiculturalismo se dá no colonialismo europeu (séculos XIV a XVII), com o movimento de colonos, colonizados e escravos. Multiculturalismo pode ser entendido como “[...] no contexto complexo da diversidade cultural, como uma forma de se fazer a gestão dessa diversidade [...] minorias étnicas têm o direito de reter suas culturas, embora com certos limites” (BONINI, 2017, p. 836 apud RATTANSI, 2011).

Nas atuais sociedades multiculturais, o processo de adaptação dos imigrantes estrangeiros coloca o problema de conciliar a construção de laços entre sujeitos e contextos sociais de proveniência, sob ponto de vista da integração social e da reprodução da cultura de acolhimento de um lado, e da formação da identidade pessoal, social e cultural, de outro lado (MELO, 2015, pp. 159-160).

Não se pretende viver na ‘mesmidade’: o mesmo não desperta a criatividade humana. A homogeneidade é intolerante. Viver a ‘alteridade’ dentro dos limites da dignidade da pessoa humana e dos padrões estabelecidos por todos os países signatários dos direitos humanos é viver na complexidade e na criatividade (BONINI, 2017, p. 838).

As políticas multiculturais incentivam a diversidade e a convivência harmônica e pacífica, seja em clubes, associações, bairros, municípios. Entende-se que os imigrantes enriquecem a cultura do país de acolhida. Além disso, quanto mais uma comunidade imigrante se integra, não ficando circunscrita em guetos, menos ela é entendida como ‘ameaçadora’ pelos nacionais (BONINI, 2017).

[...] é necessário pensar-se em políticas interculturais, ou seja, as que estimulem a convivência pacífica e não a assimilação que causa efeitos irreversíveis em patrimônios culturais materiais e imateriais; uma cultura de paz e tolerância, ao contrário dos movimentos sectários que estimulam a xenofobia ou o terrorismo, o inimigo da democracia (BONINI, 2017, p. 839).

O reconhecimento de comunidades migrantes pode levar à formação, com o tempo, de comunidades étnicas. Porém, seu não reconhecimento pode levar à formação de minorias étnicas. Daí a necessidade de uma sociedade mais que multicultural, mas sim intercultural (CASTLES; MILLER, 2004).

O termo multiculturalidade utiliza o prefixo *multi*, que, no dicionário, indica muito, numeroso. A multiculturalidade implica um conjunto de culturas em contato, mas sem se misturar: trata-se de várias culturas no mesmo patamar. As diferenças ficam estanques e separadas em cada cultura, possibilitando pensar no que os antropólogos chamam de a lógica do Um, que só tem uma verdade a seguir e uma forma de pensar o mundo” (WEISSMANN, 2016, pp. 41-41).

Nesse sentido, “O Brasil é um país multicultural. O que caracteriza nossa cultura é exatamente a conjugação de inúmeras culturas” (COLOMBI, 2017, p. 539). Porém, o

interculturalismo é preferível ao multiculturalismo (CASTLES; MILLER, 2004).

Interculturalidade⁴² pode ser conceituada como um:

[...] processo contemporâneo de mútuo acesso aos elementos de constituição entre culturas diferentes (pelo maior intercâmbio audiovisual e migratório, por exemplo). Disso resultam diferentes dinâmicas de interação; nesse sentido, políticas interculturais são como uma estratégia plural, pois buscam fomentar o contato entre populações de diferentes culturas, que através da cooperação e do conflito desenvolvem novas formas de convivência (CÉSARO; GULARTE, 2015, p. 109).

Minha cultura é a lógica segundo a qual me ordeno no mundo. E esta lógica eu aprendi assim que vim ao mundo, nos gestos, palavras e cuidados dos que me cercavam, no seu olhar, no seu tom de voz; nos barulhos, nas cores, nos odores, nos contatos; na maneira como me criaram, recompensaram, puniram, seguraram, tocaram, lavaram, alimentaram; nas histórias que me contaram, nos livros que li, nas cantigas que cantei; na rua, na escola, nas brincadeiras; nas relações com os outros que testemunhava, nos julgamentos que ouvia, na estética afirmada, por toda parte, inclusive no meu sono e nos sonhos que aprendi a sonhar e a contar. Aprendi a respirar essa lógica, e a esquecer que era aprendida. Acho-a natural (CARROLL, 1987, pp. 17-20; tradução Lygia F. Ferreira).

Quanto à cultura presente no indivíduo, esta pode ser visível ou invisível. Como parte da cultura visível podemos observar a linguagem, idade, vestuário, condição socioeconômica. Destaca-se que a cultura visível pode depender da experiência do observador. Como parte da cultura invisível, pode-se destacar os sentimentos, personalidade, crenças, história de vida, história familiar, ideologia, gostos, preferências, preconceitos, alimentação, tabus (pessoais, culturais, religiosos, sobre a morte, por exemplo) (CARROLL, 1987, pp. 17-20; tradução Lygia F. Ferreira).

A cultura consiste em um universo simbólico que é interiorizado. É importante a preocupação com questões psicológicas no contato com culturas diferentes (DANTAS, 2017), daí se compreende a importância da mediação no entendimento da cultura do outro. O mediador intercultural favorece o pluralismo e o respeito à diversidade, prevenindo conflitos interculturais (CSNE, 2019, p. 01).

Assim, não se pode levar em conta um traço cultural, apartado de seu respectivo sistema cultural (DANTAS, 2017). Destaca-se que para a Profa. Maria Gabriela Leifert, existe uma influência do lugar e da cultura na identidade do sujeito (informação verbal)⁴³.

⁴² “A palavra começa com o prefixo *inter*, que, no dicionário, é identificado como posição intermediária, reciprocidade, interação, interpondo uma forma de estabelecer uma ponte, uma intermediação, um encontro, para formar uma rede na interculturalidade” (WEISSMANN, 2016, p. 46).

⁴³ Informação verbal fornecida pela Professora Maria Gabriela M. Leifert em 07/10/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina

A identidade cultural, um dos componentes da identidade, corresponde a um conjunto de valores, histórias e tradições de gerações passadas, que fazem parte da identidade dos sujeitos. Nos mais diversos grupos imigrantes é possível observar sua identidade, que é composta por este histórico, mas também pela valoração que lhe é atribuída pela sociedade de acolhida (TRUZI, 2005).

Por tudo isso, o choque de culturas ocorre pela falta de receptividade do não nacional pelo nacional, que não aceita sua integração à sociedade receptora (BUSNELLO, 2017).

“Os dados demonstram que as dificuldades de moradia, aquisição da língua e questões financeiras e de trabalho constituem-se os maiores entraves no processo de adaptação; todavia, o apoio social recebido e as práticas religiosas tornam-se aspectos facilitadores na história da migração dessas famílias” (BECKER; BORGES, 2015).

“O encontro com o outro causa invariavelmente uma mudança sem volta” (GODOY, 2017, p. 653). Assim, surge uma nova maneira de pensar a hospitalidade e “o modo de relação com a estrangeiridade dentro de si condicionará a resposta ao encontro com o estrangeiro dentro de si” (GODOY, 2017, p. 657).

Por tudo isto, é fundamental, para um acesso pleno do imigrante ao direito à saúde no Brasil, que os profissionais da área estejam preparados para lidar com um cenário intercultural, isto, pois há uma estreita relação entre saúde e a cultura de origem do paciente. Os profissionais da saúde devem estar preparados para lidar com culturas diferentes, evitando a patologização do estrangeiro, o que pode induzir um diagnóstico de doenças não existentes (DANTAS, 2017). Esta compreensão é necessária para que tal profissional compreenda as vivências de seus pacientes e a forma como estes expressam suas dores e angústias- as necessidades de tratamento podem ser diferentes, quando se trata de um imigrante e não se deve estigmatizar os pacientes estrangeiros (SANTOS, 2016)⁴⁴. Na cultura japonesa, por exemplo, doenças mentais ainda são vistas como um tabu e como forma de punição por um mau comportamento (DANTAS, 2017).

Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

44 “Um dos estigmas que perseguem os haitianos é o de “disseminadores de doenças” (...) A estigmatização de populações migrantes é um dos aspectos mais perversos da geopolítica moderna, tornando ainda mais difícil o reconhecimento da cidadania por tais grupos. No Amazonas, a suposta “periculosidade” dos haitianos foi alardeada não apenas pela imprensa, mas também pelas autoridades sanitárias (Pedrosa, 1 fev. 2012; Rosseto, 8 fev. 2011)” (SANTOS, 2016, p. 484).

Embora o estrangeiro esteja sujeito ao “estresse de aculturação”, ele não deve ser patologizado apenas por sua condição de imigrante. Assim, a definição sobre o que é enfermidade é uma construção histórica e cultural, e o enquadramento dos sintomas em categorias segue um padrão de cultura ocidental no Brasil (FRANKEN; COUTINHO; RAMOS, 2017).

Este trabalho visa estudar a Lei de Imigração, Tratados e a Lei do SUS em uma abordagem intercultural, pois antes da lei vem o fenômeno social, daí a necessidade deste capítulo. Deve-se buscar uma sociedade pluralista e multicultural: a diversidade cultural deve ser buscada como um elemento de integração de uma sociedade intercultural (VESTRI, 2015), buscando construir “[...] *igualdade na diversidade*, sem que ser *igual* signifique ser *idêntico*, e da *diversidade na igualdade*, sem que ser *diferente* signifique ser *inferior*” (MELO, 2015, p. 161, grifos da autora)⁴⁵.

2.3 Conclusões Parciais

Ao migrar o sujeito enfrenta barreiras geográficas, físicas e emocionais, sendo a migração um fato social.

Um conceito importante abordado neste capítulo foi o de cidadania de segunda classe. Alguns autores utilizam este conceito, para demonstrar que, aos imigrantes, são negados diversos direitos, dentre eles, os direitos políticos em sentido estrito no Brasil. A negativa aos direitos políticos em sentido estrito e o Estado de Exceção de Direitos podem impactar no seu acesso à saúde no país. Os imigrantes também são considerados como provisórios no país de acolhida, o que faz com que o Estado não elabore políticas públicas específicas para esta população.

Este Capítulo também trouxe conceitos como xenofobia, interculturalidade, aculturação e estresse de aculturação, demonstrando a necessidade de compreensão com o não nacional. A ótica intercultural deve ser buscada também na saúde, uma vez que a migração impacta no atendimento de saúde aos imigrantes no seu novo contexto geográfico.

⁴⁵ Segundo a antropologia cultural não existem culturas superiores, mas sim culturas diferentes (VESTRI, 2015).

CAPÍTULO 3 – INFORMAÇÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O direito à saúde é considerado um direito fundamental social. Deve-se considerar a diferença posta na doutrina entre direito fundamental e direitos humanos. Direitos humanos seriam aqueles previstos em declarações e tratados internacionais, mas ainda não positivados internamente. Por sua vez, direitos fundamentais são aqueles previstos pela ordem constitucional interna (SERRANO, 2012). “[...] o reconhecimento da fundamentalidade dos direitos sociais obriga os poderes constituídos a garanti-los e efetivá-los em sua máxima extensão” (LEITE, 2014, p. 55).

Neste capítulo, meramente informativo, analisou-se a previsão constitucional da universalidade de acesso à saúde e sua constituição como direito fundamental social e a constituição e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Isto, pois é objetivo específico deste trabalho prestar informações sobre o SUS para os imigrantes e associações no país.

Para a compreensão do sistema legal que é objeto desta dissertação e a sua relação com os direitos de acesso do imigrante a saúde pública no Brasil é necessário descrever as bases legislativas do SUS, e a sua extensão de atendimento e serviços à saúde.

3.1 Um breve histórico sobre a saúde e a evolução de seu conceito

O conceito de saúde se modifica ao longo dos tempos. Para os Hebreus, nos tempos bíblicos, as doenças eram uma representação da cólera de Deus. Por sua vez, a Igreja Católica, durante a Idade Média, considerava que a saúde era uma dádiva, somente dada quando merecida (DAVIES, 2006).

O homem sempre buscou cuidados com a saúde, por exemplo, por meio de magia (BUHRING, 2016). Em todas as culturas sempre existiu uma preocupação com a cura das doenças, seja por meio de feiticeiros, pajés, druidas ou xamãs (DAVIES, 2006). O primeiro relato de surgimento de médicos data de 4.000 a.C., com o tratamento de questões de saúde pública como pestes, mas ainda invocando o sobrenatural (BUHRING, 2016).

Na Grécia antiga, mais especificamente na cidade-estado de Esparta, vemos surgir o primeiro conceito de saúde: “*Mens Sana In Corpore Sano*”. Porém, a preocupação em curar o doente consistia em isolá-lo da sociedade: os hospitais eram compostos por miseráveis e doentes (DAVIES, 2006).

Também é na Grécia antiga, à época de Hipócrates, que se desenvolveram estudos sobre o corpo e doença (AITH, 2017) e que se pôde observar o surgimento da relação histórica que existe entre direito e saúde: a saúde nas cidades gregas era tratada de acordo com as especificidades de cada Pólis, recorrendo-se sempre a explicações sobrenaturais (BUHRING, 2016).

Na Roma Antiga também se vê delinear uma preocupação com saúde pública, com a construção de sistemas sanitários e organização de serviços de saúde: aquedutos; redes de esgoto; latrinas. Após esta vivência por Roma, pôde-se ver apenas na Europa do Século XIV novas e relevantes preocupações com saúde pública: surgiram conselhos de saúde na Itália para o controle de epidemias como a peste (AITH, 2017).

Em 1543, na França, surge o conceito de saúde como a ausência de doenças, no primeiro tratado de anatomia francês (DAVIES, 2006): o conceito de saúde evoluiu ao longo dos tempos, de ser considerado como uma dádiva divina, a um bem-estar que supera a ausência de doenças, como veremos (DAVIES, 2006). Assim, o conceito de saúde pode ser considerado uma manifestação cultural.

Em 1601 a Lei dos Pobres, na Inglaterra, traz a obrigação legal do Estado de fornecer assistência aos desamparados, sendo os donos de terras obrigados a destinarem dinheiro para a Igreja, para fomentar a assistência social, modelo voltado apenas para os pobres, influenciando as políticas públicas de proteção social (BURSZTYN, 2000, p. 51).

Durante o Brasil Colônia o povo brasileiro era constituído de índios, negros escravos, imigrantes europeus e em especial portugueses, formando um grupo com culturas distintas e tradições diversas quanto ao tratamento de doenças (BAPTISTA, 2007). Os índios possuíam cuidados em saúde utilizando-se de recursos da terra, com chás, ervas e plantas (BUHRING, 2016). O conhecimento da cura era detido principalmente por pajés, africanos e curandeiros. Existiam poucos médicos e estes eram formados na Europa (GAMA; GOUVEIA, 2017).

O texto acima ilustra, desde já, como o tratamento de saúde está ligado à cultura do sujeito, o que é muito importante, quando se trata de estudo à saúde de imigrantes no país.

A organização de uma estrutura sanitária no Brasil começou com a vinda da família real para o país. Porém, ainda existiam poucos hospitais, os quais eram filantrópicos (GAMA; GOUVEIA, 2017) e até 1850 a maior preocupação era com a saúde nos portos (BUHRING, 2016 apud POLIGNANO, 2013). Neste período começou a institucionalização das políticas públicas de saúde. Regulamenta-se o ensino e a prática da medicina durante o período do Brasil República, o que passa a substituir as práticas medicinais populares. Neste contexto, a preocupação era com a saúde na cidade e a saúde do trabalhador era apenas consequência: o trabalhador doente não era tratado, mas sim colocado em quarentena (BAPTISTA, 2007).

Outro marco importante para se considerar a saúde como um direito fundamental é a Revolução Industrial. Antes da revolução industrial, retirar o enfermo do convívio social era a maneira de tratar as doenças. Além disso, o Estado não era responsável pelos hospitais, os quais eram tutelados pela própria sociedade (LEITE, 2014).

O advento da revolução industrial, as péssimas condições de trabalho dos operários, aliada aos movimentos organizados dos mesmos, fez surgir a obrigação do Estado de garantir a saúde dos trabalhadores. Porém, quem não trabalhava estava excluído da proteção de saúde pelo Estado (LEITE, 2014) uma vez que a preocupação era exclusiva com o trabalhador, pois as doenças atrapalhavam o ganho de capital (DAVIES, 2006).

Também como consequência da Revolução Industrial, em 1883 a Alemanha, governada por Otto von Bismark, trouxe o conceito de seguro, que protege a capacidade de trabalho e traz proteção para a velhice, invalidez e acidente de trabalho (ROCHA, 2003).

Estas características da saúde da época da Revolução Industrial refletiram-se nas Constituições Brasileiras anteriores à de 1988, que somente garantiam a saúde para os trabalhadores. À época, saúde era considerada como a mera ausência de doenças (saúde curativa), o que bastaria para não prejudicar a produção industrial (LEITE, 2014). As Constituições Brasileiras de 1824 e 1891, porém, não tratavam sobre o direito à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A definição de saúde do século XIX como ‘ausência de doenças’ está relacionada com o capitalismo em sua fase industrial. Adoecer impedia o trabalhador de exercer as suas atividades (BUHRING, 2012, apud SCHWART, 2001). No caso do imigrante, é imprescindível relacionar saúde e trabalho, uma vez que o imigrante existe para o trabalho (SAYAD, 1998).

Com a Proclamação da República em 1889 outro período se inicia para a saúde. Porém, os doentes ainda eram isolados e as epidemias prejudicavam a expansão cafeeira (BAPTISTA, 2007).

No Século XX, as campanhas de Oswaldo Cruz de controle de epidemias, influenciado pelo Movimento Higienista, originam a Política Pública de Saúde no país, com campanha de vacinação obrigatória contra a varíola (1904) (AITH, 2017). À época a medicina tinha um caráter curativo (GAMA; GOUVEIA, 2017).

Outra época fundamental de análise para as políticas de saúde no país é a década de 1920. Em 1923, por lei de autoria de Eloy Chaves (Lei nº 4.682/1923), são instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), as quais beneficiavam uma categoria pequena de profissionais (FGV, 2017), pois atendia somente aos ferroviários e posteriormente, também marítimos e estivadores (GAMA; GOUVEIA, 2017).

Assim, as CAPs são ligadas às empresas e o acesso à saúde começa a ser construído no país em uma lógica onde a saúde se configura como um seguro e não como um direito (MENICUCCI, 2014).

No cenário após a Primeira Guerra Mundial, destaca-se a formação de um Estado Prestacionista, que presta serviços básicos aos cidadãos. Inglaterra, Alemanha, França⁴⁶, passam a incluir os Direitos Sociais desde a década de 1920, protegendo saúde, cultura, trabalho, previdência, assistência, meio ambiente e lazer, um modelo que futuramente inspiraria o Brasil.

A Constituição de 1934 trazia algumas preocupações sanitárias, como com doenças transmissíveis e mortalidade infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), mas a saúde ainda não constituía um direito universal.

⁴⁶ Na França, já em 1791 a saúde é introduzida na Constituição, como o direito à assistência sanitária. Porém, é somente em 1946 que a França reconhece o direito à saúde, como um direito individual e coletivo, sendo o primeiro país a positivar este direito em sua constituição. Posteriormente, as constituições espanhola, italiana e portuguesa também o fazem (DAVIES, 2006).

Na Era Vargas, por sua vez, há uma expansão dos direitos sociais, com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP) e Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. O MESP oferecia atendimento em áreas estratégicas, como saúde mental, tuberculose e hanseníase e prevenção de doenças transmissíveis, ilustrando preocupação com a saúde pública. Porém, alguns trabalhadores ainda estavam excluídos do sistema de proteção e contavam com caridade e assistencialismo dos hospitais, além das ações estratégicas anteriormente mencionadas (BAPTISTA, 2007).

Neste período também há a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que são Institutos construídos em torno de categorias profissionais e que prestavam assistência à saúde apenas residualmente. Cada Instituto tinha um aporte diferente de recursos, dependendo de sua categoria profissional e prestava serviços de maneira diferenciada entre si, o que configurava um serviço meritocrático e relacionado com a inserção do sujeito no mercado de trabalho, reproduzindo diferenças sociais (MENICUCCI, 2014). Uma vez que a saúde estava vinculada ao trabalho formal, pode-se supor a exclusão dos imigrantes que trabalhavam sem registro em carteira.

Assim, entre 1931 e 1945 as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que reúnem trabalhadores de outras categorias profissionais, geralmente de funcionários públicos (GAMA; GOUVEIA, 2017). As décadas de 1920 e de 1930 são bastante importantes para a construção do sistema de saúde que existe hoje no país e evidenciam os desafios pelos quais o SUS passa hoje, na implementação do acesso universal à saúde (COHN, 2006).

A Constituição de 1946, por sua vez, traz a saúde vinculada ao trabalho, excluindo-se o acesso de quem não participava do mercado de trabalho. A saúde não era um direito, mas um benefício, como a aposentadoria, e quem não participava do mercado de trabalho formal estava relegado aos cuidados das entidades filantrópicas (BUHRING, 2016 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em 1949 é criado o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU), mas a maior parte da população ainda não tinha acesso à saúde. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde (GAMA; GOUVEIA, 2017).

Na década de 1950 há um processo de industrialização no país e, como consequência, surgem doenças novas, como as resultantes de acidentes de carro, por exemplo, em um momento onde o direito à saúde ainda não era universal (BAPTISTA,

2007). Pode-se perceber como o momento econômico influencia as políticas de saúde. Na modernidade, por exemplo, surgem novas drogas e doenças (como o estresse), que afetam o sistema de saúde e a elaboração de políticas públicas de saúde (VIANA; FAUSTO, 2005).

Deve-se destacar ainda que na década de 1950 vê-se configurar no Brasil a ‘Medicina de Grupo’, ou seja, já existia estrutura de atendimento privada que buscava lucro e já se defendia a privatização da saúde (GAMA; GOUVEIA, 2017). Isso impacta a saúde ainda hoje.

Após as duas grandes guerras mundiais muda-se a concepção de saúde. Até o século XIX o modelo de saúde era a ‘saúde curativa’, ou seja, a ausência de enfermidades (BUHRING, 2016, p. 175 apud OMS, p.1). No século XX, busca-se a saúde preventiva e esta passa a ser considerada como um completo bem-estar, conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) (LEITE, 2014), que foi criada após as guerras mundiais (DAVIES, 2006), o que será melhor explicado no tópico pertinente.

A positivação dos direitos humanos como direitos fundamentais também é uma característica das constituições sociais democráticas do período pós-guerra. No Brasil, Espanha e Portugal, democracias tardias, estas positivações se dão em um período histórico mais recente. No Brasil, isso ocorreu na Constituição Federal de 1988 (DANIELLI, 2017). Portanto, o Brasil ainda estava na contramão deste novo conceito de saúde.

Em 1964, durante o período da Ditadura Militar ainda existiam parcelas da população excluídas do acesso à saúde, e os trabalhadores levavam as suas carteiras de trabalho para o atendimento, para tentar mostrar que estavam incluídas no sistema de saúde. Neste contexto se inicia o Movimento Sanitário, que buscava assumir a saúde como um conceito mais abrangente, sendo resultado de outras políticas, como de alimentação e lazer, significando, portanto, garantia de acesso universal à população sob as condições dignas de vida (BAPTISTA, 2007).

Foi também durante a Ditadura Militar que se criou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com participação do setor privado. O Estado se articulava com o capital internacional e cresciam as indústrias relacionadas à saúde. Ainda, o modelo de saúde favorecia a medicina privada e a compra de serviços terceirizados de saúde: quem podia pagar tinha mais acesso à saúde. Em um cenário onde

o Estado tenta suprir a demanda por saúde de forma privatista, começa a se formar o complexo médico- empresarial brasileiro. A saúde ainda tinha um aspecto curativo (GAMA; GOUVEIA, 2017).

Em 1966 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unifica as IAPs (GAMA; GOUVEIA, 2017). Em 1977, entanto, o direito à saúde era uma prestação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), prestação apenas para quem contribuía com a previdência social. Para os excluídos do mercado de trabalho ou que não contribuía de forma autônoma com a previdência, restava tentar buscar acessar a saúde por meio de entidades filantrópicas e de caridade (SERRANO, 2012). Tratava-se de um “[...] cenário melancólico [...]” (SERRANO, 2012, p. 105).

Pelo que está acima disposto pode-se perceber que o contexto histórico brasileiro, em especial as décadas já mencionadas e as décadas de 1970 e 1980 são muito importantes para explicar o atual sistema de saúde no país (VIANA, A. L. A; FAUSTO, 2005). Porém, o cenário internacional também é muito importante para a evolução do conceito e da abrangência da saúde no país.

Assim, destaca-se que em 1978 acontece na União Soviética (URSS) a Conferência de Alma Ata, com proclamação da Declaração de Alma Ata: passa-se a buscar um modelo preventivo de saúde e se reconhece a necessidade de proteger a saúde de todos os povos (GAMA; GOUVEIA, 2017). Com o socialismo e o Estado Social (Estado de Bem Estar Social - *Welfare State*), começa a se ver a saúde como uma terapia preventiva (DAVIES, 2006) e o Estado protege os Direitos Sociais.

Em 1986, com a redemocratização do Brasil, se possibilitou discutir novamente sobre os tópicos os quais já eram abordados pelo Movimento Sanitário, principalmente sobre a universalização do acesso à saúde. Neste cenário ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), influenciada pela Declaração de Alma Ata, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) em 1987 (era um convenio entre INAMPS e governos estaduais) (GAMA; GOUVEIA, 2017).

Assim, os Movimentos de Reforma Sanitária da década de 1970 foram fundamentais para esta mudança no paradigma de saúde (GAMA; GOUVEIA, 2017), o que impactou na previsão de saúde da CF/1988, com a criação gradual do SUS. A criação do SUS foi fundamental, pois até então somente os trabalhadores com carteira assinada

eram incluídos na saúde, os pobres e excluídos eram atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia ou por postos de saúde municipais, estaduais ou hospitais universitários (GAMA; GOUVEIA, 2017).

“O SUS é resultado de um processo histórico riquíssimo [...]” (WERNER, 2017, p. 260) e ele surge, a partir de uma concepção da saúde como direito (BAPTISTA, 2007). Em 1988 a CF traz amplamente a proteção social, em seu artigo 6º (BRASIL, 1988). O INAMPS é extinto em 1993 (GAMA; GOUVEIA, 2017). Assim, a saúde está prevista no Capítulo II, Título VIII da CF, prevendo a saúde como parte da seguridade social, junto com a previdência e a assistência social, os quais devem assegurar a dignidade das pessoas (SERRANO, 2012). Além do SUS é criado o SUAS (assistência) e Regime Geral de Previdência Social (RGPS) (BRASIL, 1988).

Portanto, o SUS se insere em um contexto mais amplo de previdência e assistência, ou seja, da seguridade social e se constitui como um modelo protetor que vislumbra a saúde como um direito e deve ser assegurado por meio das políticas sociais, garantindo acesso universal à população (BAPTISTA, 2007).

Antes da Constituição Federal Brasileira de 1988, nossas constituições possuíam um histórico de relegar a matéria saúde. A Constituição de 1824 se preocupava com a propriedade privada e suas garantias, mas não com a saúde. A Constituição de 1934, por sua vez, traz a preocupação com o direito à subsistência e uma preocupação com saúde mental. As Constituições de 1891, 1937, 1946, 1967, por sua vez, menosprezaram o direito à saúde. Como consequência, o Brasil possuía números preocupantes no que diz respeito à saúde de sua população. Este cenário se transformou, com a promulgação da Constituição de 1988 (DAVIES, 2006).

O SUS representa um avanço para a saúde no Brasil que, até então, possuía um acesso meritocrático e desigual. Porém, embora a Constituição de 1988 incorpore a saúde como um direito, ocorre que em 1988, pelo histórico de constituição da saúde no país (efeito feedback), grande parte da população já estava abrigada nos planos privados, e, portanto, continua excluída da saúde pública. Grande parte do motivo desta exclusão se deve, então, por este histórico e pela construção dualista de um sistema de saúde público e privado (MENICUCCI, 2014).

Além disso, a implementação do SUS foi feita somente na década de 1990 (informação verbal) em um contexto neoliberal no país, com pressão de organismos como

o Fundo Monetário Internacional (FMI), o que prejudica sua efetividade e que a população entenda a saúde como um direito de cidadania e não como um privilégio (VENTURA, 2015).

Durante a Constituinte pôde-se ver o embate entre os grupos privatistas e aqueles a favor da estatização da saúde, o que se refletiu no texto constitucional e que teria gerado ambiguidades jurídicas em seu texto. Embora o acesso à saúde seja garantido como universal, há uma preservação da liberdade de mercado e uma continuidade nas formas de assistência privada (MENICUCCI, 2014).

Deve-se mencionar também, quanto ao embate político e ideológico que envolve o tema da saúde que os conceitos neoliberais contam com o apoio de órgãos supranacionais como o Banco Mundial e a Organização Mundial de Saúde, os quais adotam o conceito de Cobertura Universal de Saúde, uma proposta da Organização das Nações Unidas (ONU) (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

Cobertura Universal de Saúde consiste em um pacote limitado de serviços que pode ser oferecido pelo mercado e comprado pelos Estados. Assim, as Agências Internacionais como a OMS e o Banco Mundial trabalham com racionalidade econômica das ações de saúde (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

O Banco Mundial (BM) vê o setor público como responsável por apenas financiar, regulamentar e promover educação em saúde, deixando a prestação de saúde ao setor privado que, supostamente, seria mais eficiente (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Tendo por base princípios privatistas e vendo a saúde como fonte de renda, o BM é um dos grandes críticos de um Sistema de Saúde Universal, defendendo a privatização da saúde no país (MENICUCCI, 2014).

Assim, deve-se compreender a saúde a partir de dinâmicas mundiais nos Anos 1970 o BM (então BIRD) demonstra interesse na saúde, pois se trata de um setor que mobiliza capital (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

Por outro lado, há quem busque garantia de acesso universal e público e gratuito para todos buscando valores como bem-estar coletivo e dignidade, são estes princípios que alicerçam o Sistema Único de Saúde (SUS) (LAURELL, 2016) e que divergem completamente do modelo de Cobertura Universal (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016). Sendo assim, na saúde coletiva existem duas vertentes de estudo das políticas de saúde, sendo uma delas a que estuda o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde e a satisfação

de suas necessidades básicas. A preocupação é se as políticas de saúde estão levando a uma maior equidade no acesso da população aos serviços de saúde (aplicabilidade do Artigo 196, CF) (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO-JUNIOR, 2005). Afinal, as políticas de saúde constituem um direito de todos e dever do Estado (BAPTISTA, 2007).

Portanto, a saúde é um tema que envolve questões por demasiado complexas e lida com diversos interesses, como a questão privatista, o paciente sendo visto como um consumidor e cliente. Este tipo de ótica (neoliberal) e que perpassa nosso sistema dual de saúde (misto público e privado) vê o mercado como uma forma ideal de alocar recursos para a saúde, ou seja, há uma mercantilização da saúde (LAURELL, 2016).

Ainda, por haver no Brasil uma mistura entre o sistema público e privado, o SUS acaba por abarcar a população tida como não interessante para figurar no sistema privado, por usar muito desse sistema e onerá-lo (como os idosos). É pelo mesmo motivo que o SUS financia procedimentos de alto custo: para não onerar o mercado. Como resultado o Estado define prioridades (por meio de mecanismos de financiamento pelo Mercado- copagamento) e o acesso, que deveria ser universal, e não diferenciado, passa a ser diferenciado pelo próprio Estado! Dessa maneira se transforma a saúde em um bem de consumo também no sistema público, uma vez que o sistema público e privado dividem entre si tarefas e clientes, criando um relacionamento que garante a lucratividade do setor privado (LAURELL, 2016).

O Estado, ao tomar decisões em políticas de saúde, está escolhendo privilegiar alguns em detrimento de outros, em nome do bem estar coletivo (escolhas alternativas que apresentam ganhos para grupos sociais diversos) (COHN, 2006). Os sistemas de saúde são respostas para as necessidades da população, o que orienta a organização do SUS (LAURELL, 2016). Resta saber, se as políticas públicas de saúde têm se preocupado com a população imigrante.

Também se deve ter em conta que o sistema de saúde faz parte de um sistema de proteção social e que o objeto da proteção social diz respeito às formas de dependência dos sujeitos. Seriam elas nas sociedades tradicionais: infância, velhice e doença. Primeiramente, a família é quem era a fonte de proteção social (VIANA; LEVCOVITZ, 2005). No entanto, este conceito de dependência seria questionável uma vez que, mesmo nas sociedades tradicionais, as maiores formas de dependência seriam fruto da desigualdade social criada pelo próprio homem vivendo em sociedade. Mesmo nestas

sociedades existia a proteção social, que advinha de instituições políticas e religiosas. Neste cenário existiam dois fundamentos para a proteção social:

Caridade *versus* a necessidade de estabilizar a sociedade e promover controle social. Estes dois paradigmas podem ser denominados como projetos explícitos e implícitos. Assim, o conceito de proteção social consistiria na ação coletiva (pública) para proteger indivíduos contra riscos ou assistir necessidades, como será detalhado no próximo tópico (VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

As políticas sociais servem como processo de tentar compensar as desigualdades que o sistema capitalista traz (mercado). Portanto, as políticas sociais têm como função redistribuir as riquezas da sociedade entre as classes desiguais no sistema capitalista (COHN, 2006). O próximo tópico terá como foco o estudo das políticas de saúde no Brasil, inseridas no contexto de políticas sociais.

3.2 Políticas são escolhas

3.2.1 Proteção Social, Cidadania e Estado de Bem-Estar Social

Conforme disposto acima, as políticas de saúde são parte da política social, junto com a previdência e assistência (FLEURY; OUVENEY, 2008) e consistem em programas de ação estatal que devem implementar os direitos sociais (BUHRING, 2016).

Neste campo, importante trazer o conceito de proteção social, que consiste na ação coletiva para proteger indivíduos contra riscos ou assistir necessidades. Os sistemas de proteção social surgem para reduzir os impactos da dependência de determinados sujeitos, decorrentes de: velhice, invalidez, desemprego ou exclusão, as ações de Proteção Social se dividem em: assistência social (distribuição de bens e recursos para camadas específicas da população, de acordo com suas necessidades; ação focalizada, seletiva); seguro social (distribuição de benefícios a categorias específicas) e seguridade social (distribuição de benefícios e ações a todos os cidadãos de uma unidade territorial) (VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

Os três modelos acima (assistência social, seguro social e seguridade social) dependem da forma como a sociedade e Estado estão articulados e eles estão relacionados

aos três tipos de cidadania: cidadania invertida, cidadania regulada e cidadania universal (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

O modelo de assistência social consiste em modelos liberalistas de Estado (Estado mínimo) e traz o conceito de cidadania invertida em que o indivíduo objeto das políticas públicas é aquele fruto de fracasso social. O assistencialismo se caracteriza como caridade e voluntariado (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

O modelo de seguro social, por sua vez, é o modelo implantado por Bismark na Alemanha. Trata da cidadania regulada em que os indivíduos que trabalham e contribuem têm acesso (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

O modelo da seguridade social traz o conceito de cidadania universal englobando acesso a todos que necessitem; os benefícios são assegurados como direitos sociais. O modelo da seguridade social tem origem no Plano Beveridge (Inglaterra) (FLEURY; OUVÉRY, 2008), como foi mencionado no histórico. Assim, existem diferentes maneiras de se fazer políticas sociais, via a corrente alemã (agências organizadoras autônomas com o Estado normatizador) e inglesa (Estado normatiza, provê e gere as políticas sociais) (VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

Importante destacar também que, vislumbrar as políticas de saúde como políticas sociais, traz como consequência entendê-la como parte do conceito de cidadania, sendo muito importante a proteção da coletividade (FLEURY; OUVÉRY, 2008). Logo: “[...] Estados nacionais modernos são caracterizados pelo reconhecimento, na área social, dos direitos sociais como direitos de cidadania, e como tais [...] direitos universais e equânimes [...], em que pese o fato de serem, no geral sociedades desiguais” (COHN, 2006, p. 8).

Portanto, a saúde é um “[...] valor social maior inerente à condição de cidadania e, portanto, um elemento fundamental na constituição de bases de desenvolvimento socioeconômico e coesão social” (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p. 33). [...] a saúde, além de ser um típico direito social, de acordo com Mariana Figueiredo, pode ser considerado um ‘direito de cidadania’, porque envolve o interesse difuso e legítimo de não só tratar e prevenir doença, porém de possuir ‘uma vida saudável’, verdadeiro direito de toda a comunidade que almeja certos bens e serviços de saúde, próprios da ‘vida urbana’ (LEITE, 2014, p. 109 apud FIGUEIREDO, 2007, pp. 81-82).

A cidadania, por sua vez, não existe sem o Estado e vice-versa (FLEURY; OUVÉRY, 2008). Além disso, como já destacado, os modelos de proteção social dependem da maneira como o Estado está articulado. Portanto, é importante destacar o

modelo de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) para a concepção de saúde que se constrói.

O Conceito de *Welfare State* (WS) consiste em uma forma de fazer política social que abrange diversos grupos sociais e incorpora as classes médias em expansão; também pode ser visto como um mecanismo de socialização dos riscos e institucionalização da solidariedade⁴⁷ (VIANA; LEVCOVITZ, 2005). Flora e Ferreira propõe diferentes modelos de WS com base na gênese deste tipo de Estado. Para a primeira, a gênese estaria no processo de modernização, o que gera anomia e desigualdade. Para o segundo, estaria na resposta dada pelas diferentes sociedades sobre quem proteger dos riscos sociais: pobres, operários, classe média, ou todos (VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

Neste cenário as políticas sociais seriam medidas para proteger a força de trabalho dos riscos do mercado, trazendo duas questões centrais na proteção social, que são igualdade e segurança. Os tipos de respostas dadas a estas questões são diferentes, conforme o modelo político adotado: modelos Liberal; Liberal Democrático; Meritocrático; Social- Democrata (VIANA; LEVCOVITZ, 2005).

O WS deveria ter sido construído, levando-se em conta as particularidades de cada Estado. Para esta árdua tarefa, a sugestão é que se tenha em vista o conceito de proteção social e os valores nele embutidos, como cidadania. Somente assim se superaria uma ação social apenas caritativa e paliativa (VIANA; LEVCOVITZ, 2005). Quanto ao Estado de Bem-Estar Social, deve-se lembrar que ele demandou, em diversos países, como Suécia, Noruega e Dinamarca, o investimento do Estado para a qualidade de vida de sua população, o que trouxe resultados bastante positivos (FARIAS, 2017).

No caso do Brasil, a saúde está incluída como parte da seguridade social e a Constituição Federal de 1988 garante diversos direitos sociais no seu Capítulo II e Artigo 194 (Da Ordem Social, trazendo “[...] o modelo de seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”(FLEURY; OUVÉRY, 2008, p. 15).

⁴⁷ Quanto à origem do WS existem diversas teorias: pelo peso das variáveis explicativas; pelas correntes de pensamento; pelo tipo de argumento de análise. Porém, seriam diversos os fatores que levariam à sua formação: históricos, políticos e sociais (é multicausal) e originária da crise das políticas públicas (surgimento de novas necessidades, decorrentes do sistema capitalista); interação dos atores sociais- associações religiosas, sindicatos, ambiente cultural e socioeconômico. Portanto, a formação do WS dependerá de uma série de fatores (VIANA; LEVCOVITZ, 2005)

“A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência” (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 15). Neste cenário, há uma universalidade na cobertura da saúde no país (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

A política social, consiste em atribuição, que será definida por meio de políticas públicas, de direitos e deveres para os cidadãos em situação de necessidade e risco, que sozinhos não conseguem prover bens para si (VIANA; LEVCOVITZ, 2005) e o modelo adotado no Brasil é o modelo de seguridade social, que traz:

[...] universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios e serviços; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; gestão quadripartite, democrática e descentralizada, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo em órgãos colegiados. Além disso, introduziu a noção de uma renda de sobrevivência, de caráter não contributivo, ao assegurar um benefício financeiro de prestação continuada para idosos e deficientes incapazes de trabalhar (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 15).

Porém, como já disposto no item “Histórico da Saúde no Brasil”, o SUS se constituiu em um momento de abertura neoliberal do Estado, e não de um Estado de Bem-Estar Social, o que impacta na saúde pública até hoje e na dualidade existente entre o sistema público e privado⁴⁸, embora a Constituição Federal de 1988 tenha instituído um modelo de Welfare State no Brasil, colocando a saúde no Capítulo da Ordem Social, tendo em vista superar as desigualdades (JORGE, 2017).

A previsão do texto constitucional é de um direito universal à saúde. Isso foi fruto do embate entre o setor privado e o movimento sanitarista brasileiro, ganhando este último em maior parte, como já explicado no tópico acima. Ocorre, porém, que a previsão constitucional de diversos direitos fundamentais, com o direito à saúde, ocorreu de forma tardia no Brasil. Assim, enquanto na maior parte dos países o Estado de Bem-Estar Social se deu com o capitalismo industrial, no Brasil ocorreu com o advento do capitalismo

⁴⁸ Como já visto, há duas grandes vertentes de possibilidades de se concretizar dever do Estado em prover para a sociedade o direito à saúde: o Estado ser provedor e produtor dos serviços de saúde; ou prover esse direito sem exercer o monopólio da produção desses serviços de saúde, permitindo que instituições do setor privado da saúde participem na oferta de serviços, mas sempre vinculadas à lógica da saúde “como um direito de todos e um dever do Estado”. Como se verá é esse mix público/privado na produção de serviços de saúde que prevalece no sistema de saúde brasileiro (COHN, 2006, p. 10).

financeiro. Ou seja, ao mesmo tempo em que a Constituição de 1988 trouxe diversas obrigações do Estado para garantir os direitos fundamentais, o Estado buscava cortar os gastos estatais. Esta contradição se refletiu na saúde e representa, em grande parte, as dificuldades pelas quais o SUS passa hoje (Privado X Público em prejuízo do SUS) (DUARTE, 2017).

Assim, o histórico de saúde do país impacta no que a saúde é hoje no Brasil⁴⁹, uma vez que somente é possível consolidar a cidadania e a garantia dos direitos sociais, “[...] na medida em que se conhece com profundidade o processo histórico de sua formação (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 40). O direito à saúde deve ser visto a partir da ótica da cidadania plena (VENTURA, 2015). Lembre-se, aqui, o que já foi abordado, a respeito dos imigrantes possuírem, para alguns autores, uma cidadania de segunda classe, como no Brasil, por exemplo, uma vez que não lhes são conferidos os direitos políticos.

3.2.2 Políticas Sociais, Economia e Desigualdade

Como visto, política social é uma parte do processo estatal de transferências de recursos para os grupos sociais. As políticas sociais servem como processo de tentar compensar as desigualdades que o sistema capitalista traz (mercado) e promover justiça social, ainda mais quando a saúde passa a ser vista como uma fonte de lucro pelo mercado (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO-JUNIOR, 2005). Por isso, as políticas sociais têm como função redistribuir as riquezas da sociedade entre as classes desiguais no sistema capitalista (FLEURY; OUVÉNEY, 2008), diminuindo os efeitos negativos da acumulação (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO-JUNIOR, 2005) e incluindo os excluídos do mercado de trabalho para que participem da vida social (COHN, 2006).

Tendo em vista a existência de uma grande desigualdade⁵⁰ no acesso à saúde, deve-se buscar “[...] implantar políticas sociais e de saúde que, ao priorizarem os

⁴⁹ Como sabemos, entretanto, esse sistema inclusivo não logrou incorporar toda a população, e parte significativa dos cidadãos já estava em 1988 e continua ainda hoje fora desse sistema, abrigada em planos de saúde privados. Parece-me que dois aspectos importantes ao pensar as dificuldades do SUS quanto a ser universal e igualitário dizem respeito exatamente a essa relação de público e privado ou ao não enfrentamento dessa dualidade na assistência à saúde no Brasil. E é nesse sentido que o passado importa. Que legado temos na trajetória da política de saúde no Brasil que explica o fato de que, apesar de termos um sistema inclusivo do ponto de vista constitucional, legal, institucional, isso ainda não é uma realidade? (MENICUCCI, 2014, p. 78).

⁵⁰ Os autores diferenciam pobreza de desigualdade. Pobres seriam aqueles que não tem condições mínimas para atingir suas necessidades básicas. Já desigualdade tem relação com o Produto Interno Bruto (PIB) per

segmentos socialmente mais vulneráveis num primeiro momento, o façam com a lógica da universalização, da integralidade e da equidade [...]” (COHN, 2006, pp. 19-20). Afinal, as políticas de saúde constituem um direito de todos e dever do Estado, o que deve ser exigido pela população (COHN, 2006). “Apesar de todas as críticas, a saúde é considerada um direito do cidadão [...]” (MENICUCCI, 2014, p. 91).

Assim, o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde e a satisfação de suas necessidades básicas são vertentes de estudo das políticas de saúde. A maior preocupação é quanto às políticas de saúde, se estão levando a uma maior equidade no acesso da população aos serviços de saúde (Aplicabilidade do Artigo 196, CF, e conceito que será melhor detalhado neste capítulo) (COHN, 2006).

São as políticas públicas que concretizam os direitos fundamentais. Para isso, deve haver um planejamento estatal que priorize romper com as desigualdades, por meio de programas de ação concretos, tendo como foco a inclusão de grupos vulneráveis, como negros, mulheres, crianças e migrantes (DUARTE, 2017).

Assim, as políticas de saúde, como parte das políticas sociais, têm relação com economia e são muito criticadas por levarem ao pensamento equivocado de que geram somente gastos para o governo e não proporcionam crescimento. Mas isto não é verdade, pois elas diminuem a mortalidade infantil, por exemplo⁵¹. (FLEURY; OUVENEY, 2008). Nesse sentido surgem questionamentos, como sobre quais classes privilegiar (COHN, 2006). Por isso é importante entender como se estruturam as relações de poder dentro das políticas de saúde, por exemplo, relação com o mercado e setor privado (FLEURY; OUVENEY, 2008). Compreender as iniquidades que dificultam o acesso e o direito à saúde não é uma tarefa tranquila, mas se faz necessária por levar à reflexão sobre os desafios colocados para a sociedade no desenvolvimento de ações que tenham como finalidade o combate às iniquidades, às injustiças e às desigualdades de acesso à saúde de diversos segmentos sociais (COHN, 2006).

3.2.3 Estado, Sociedade e Mercado na articulação de políticas de saúde

capta. As políticas para combater pobreza e desigualdade são diferentes, embora ambos sejam problemas estruturais no Brasil (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO-JUNIOR, 2005).

⁵¹ Para Monteiro (2017), o Bolsa Família é um dos programas mais importantes na redução da desigualdade no país. E isto influi na saúde, segundo a definição de saúde da OMS.

É muito importante o papel do Estado na redistribuição de recursos para as esferas sociais, bem como para interferir nas disparidades socioeconômicas, como é o caso do modelo brasileiro (COHN, 2006). Sendo assim, vale ressaltar que ao pensarmos sobre as políticas de saúde precisamos considerar 3 dimensões: o Estado, a sociedade e o mercado (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). Já dispusemos sobre Estado e cidadania e sobre a sociedade e acesso equitativo nos tópicos acima, cabendo agora analisar como se dá a articulação entre essas esferas e o mercado, os quais possuem diferentes interesses em saúde.

Neste cenário neoliberal, e com produção de conhecimento em saúde nas universidades, vê-se a perpetuação, inclusive no meio acadêmico, do discurso do “mercado regula”: as Políticas de saúde neoliberais se perpetuam nas menores coisas, como nos termos usados nas pesquisas científicas. Porém, este discurso é uma falácia, pois não há como regular o mercado, em especial no caso da saúde no Brasil, que se constituiu como um sistema dual, com a mistura entre público e privado desde a sua origem, o setor Privado não aguenta altos custos e aí devolve para o público. O mercado também não atende a áreas que não dão lucro e os sistemas de saúde privado e público “[...] apresentam uma articulação entre eles de tal forma que dividem tarefas e clientela, tornando altamente complexa a relação mútua que estabelecem na garantia da lucratividade dos serviços privados de saúde” (COHN, 2006, pp. 19-20). O sistema brasileiro de saúde é composto por serviços desses dois meios, público e privado⁵², mas ainda assim parecem não ser suficientes para atender toda a demanda da população⁵³ (COHN, 2006).

Este histórico de saúde no país, aliado às dificuldades impostas por organismos como o BM, contribuem para a enorme dificuldade em efetivar os princípios universalistas trazidos na Constituição Federal (a Constituição de 1988 (CF) é chamada de Constituição Cidadã por trazer a implementação de direitos além daqueles políticos, trazendo igualdade de bem-estar) (BRASIL, 1989).

⁵² Sabe-se que para a saúde ser um direito básico e dever do Estado podemos contar com dois meios para que este recurso tão importante chegue a sociedade: a forma pública onde ao mesmo tempo que o Estado é o provedor ele também é o produtor dos serviços de saúde; e o privado em que instituições pagas da saúde oferecem seus serviços, mas também sempre vinculadas a premissa de que saúde é direito de todos e dever do Estado. (COHN, 2006).

⁵³ Será que temos serviços insuficientes ou gestores ineficientes? Vários são os questionamentos e as explicações para a atual conjuntura social, econômica e sobretudo política do país (COHN, 2006)

Por enfrentar estes desafios, existem aspectos a serem considerados na construção e na dinâmica da política de saúde, como a definição de objetivos, que é fundamental para que se tracem as políticas na área de saúde (em qualquer área). Deve-se compreender ainda, a realidade concreta e como as políticas de saúde interferem nessa realidade. Também se devem construir estratégias, planos, instrumentos e técnicas para se atingir os objetivos (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

É na definição dos objetivos e estratégias em saúde que nos deparamos com um ponto muito importante: o Estado, ao tomar decisões em políticas nesta área, está escolhendo privilegiar alguns em detrimento de outros, em nome do bem estar coletivo (decisões alternativas que apresentam ganhos para grupos sociais diversos) (COHN, 2006), lidando com os diversos interesses em jogo, da sociedade, que busca por equidade, e do mercado, que busca pelo lucro. Este tema será abordado no próximo tópico.

3.2.4 Tomando decisões em saúde

As políticas sociais são aquelas destinadas a efetivar os Direitos Sociais, sendo espécie das políticas públicas (FARIAS, 2017) e uma maneira de implementar programas políticos. Assim, as políticas públicas possuem um viés político e jurídico e devem observar, em matéria de saúde, as diretrizes constitucionais (LEITE, 2014). As “[...] políticas públicas que apresentem programas de longo prazo a competência para implementação será do Legislativo; as que contenham meros programas de governo, a médio e curto prazo, pertencem ao Executivo” (FARIAS, 2017, p. 46).

O Poder Executivo é muito importante na implementação dos direitos sociais, e deve agir de maneira a lhe garantir a máxima aplicação, diminuindo a margem de discricionariedade do administrador público (LEITE, 2014). Decretos, portarias e resoluções são atos normativos do Executivo com um comando geral para aplicação correta da lei. Os atos ordinatórios, por sua vez, disciplinam a administração pública e a conduta de seus agentes e são portarias, ofícios, despachos e ordens de serviço. Já os atos enunciativos declaram o estado das coisas (certidões, atestados) (AITH, 2017).

Quanto aos atos normativos emanados pelo Executivo, estes são muito importantes para a saúde no Brasil, e podem ser emanados por prefeitos, presidente, ministro, secretários de diretoria colegiada de agência reguladora, e outros, tornando as

normas superiores hierarquicamente mais claras (obedecendo os limites estabelecidos em lei – limite material). (AITH, 2017). Como se vê, as normativas em saúde são muito extensas.

No Brasil há um pluralismo de fontes de produção normativa, além de uma abundância de conceitos jurídicos indeterminados em saúde, que carecem de complementação do Poder Executivo (que possuem certa margem de discricionariedade) (AITH, 2017): “Ao Executivo compete, ainda, regulamentar a atuação estatal, seja delineando conceitos que ficaram muito abertos na Constituição ou nas leis” (AITH, 2017, p. 117).

Neste cenário, “[...] o Poder Executivo passa a ser o principal ator na implementação dos direitos fundamentais sociais, submetendo o indivíduo mais à ação da Administração Pública que ao agir do parlamento” (LEITE, 2014, p. 125 apud OTERO, 2007, p. 345), sendo responsabilidade do Poder Executivo a gestão da administração, ou seja, execução das políticas públicas (BUCCI, 2017) para efetivar o direito à saúde.

Ao definir as estratégias em saúde, o Estado deve tomar decisões em saúde e, ao fazê-lo, acaba por privilegiar uns em detrimento de outros (FLEURY; OUVÉRY, 2008). Para Aith (2017), a palavra decisão diz respeito a escolher em detrimento de outras possibilidades: “A decisão estatal em saúde será, assim, toda e qualquer decisão tomada por esses agentes públicos, no exercício de suas funções estatais específicas, e pode se referir a decisões legislativas, administrativas ou judiciárias do Estado” (AITH, 2017, p. 120). Estas decisões em saúde devem ser consideradas dentro do universo que influi na saúde, lembrando que as políticas de saúde devem articular-se com diversos atores, como o Estado (FLEURY; OUVÉRY, 2008) e usuários. Para Fleury e Overney (2008), estas decisões não são uma simples escolha em saúde, mas sim representam os pontos de conflito entre os diferentes grupos sociais e econômicos em matéria de saúde: “Esses projetos representam diferentes formas de concepção do direito à saúde e, conseqüentemente, preconizam diferentes formas de acesso e utilização dos serviços de saúde” (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p. 33).

Por isso o questionamento, políticas são escolhas? Para estes autores, portanto, vão muito além de simples escolhas, mas envolvem decisões complexas em saúde. Para fins didáticos, porém, este trabalho usará o termo “escolhas” em saúde, em alguns

momentos, mas destaca-se desde já, que o leitor deve ter em mente a complexidade por trás destas decisões em saúde.

Ao fazer políticas de saúde deve-se considerar que as mesmas são estudadas através de duas dimensões, a do exercício do poder e a da racionalidade, a qual envolve a organização, reorganização e escolhas de prioridades a serem atendidas segundo as necessidades de saúde da população e as pressões do mercado.

É importante entender também que as políticas públicas de saúde no Brasil têm sofrido modificações ao longo dos anos para adequarem-se aos contextos políticos, econômicos e sociais (COHN, 2006).

[...] os sistemas de proteção social são dinâmicos e interagem com as transformações sociais, econômicas, políticas, culturais, demográficas, dentre outras, exigindo constantes processos de mobilização e reestruturação para consolidar seu papel na reprodução social e na garantia do bem-estar das populações (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 40).

No cenário de constantes mudanças e de interesses diversos entre sociedade e mercado, é fundamental compreender que questões ideológicas estão envoltas nas políticas de saúde, (FLEURY; OUVÉNEY, 2008) e na sua formulação através da compreensão da saúde e da doença (informação verbal⁵⁴) e nas decisões que serão tomadas pelos governantes, influenciados pelos diversos grupos, relacionadas de alguma forma à saúde.

A implantação de uma determinada política de saúde envolve a difusão de informações sobre a natureza biológica das pessoas, de valores que vão guiar as relações sociais, de comportamentos e hábitos culturais, de referenciais de organização política, dentre outros elementos. Essas mensagens que estão implícitas ou explícitas nas políticas de saúde são referenciais que possuem um forte poder sobre a ação das pessoas na construção de suas relações sociais na família, no emprego, nos espaços coletivos, além de influenciar a forma como as pessoas se percebem (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 37).

Assim, tendo em vista a finitude do orçamento público, cabe ao Poder Executivo “[...] a difícil escolha das carências mais essenciais, dentro de um amplo leque de necessidades humanas” (LEITE, 2014, p. 127) e de concepções diferentes em saúde, uma vez que na formulação e aplicação de políticas públicas influem fatores jurídicos e extrajurídicos (DUARTE, 2017). Neste cenário, deve-se atentar para o conceito de saúde como direito de cidadania, fugindo da utilização por alguns de atributos pessoais como

⁵⁴ Informação verbal obtida em 18/04/2018 na Disciplina “ERM 5701 - Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

parentesco, amizade e compadrio, do “sabe com quem está falando?” para obter vantagens em detrimento dos demais (COHN, 2006).

Não existe neutralidade nas decisões públicas (SERRANO, 2012), as quais serão influenciadas pelo conceito de cidadania e modelo de Estado que se constrói, além de serem influenciadas também pelos grupos que atuam em saúde, pelos diversos interesses em jogo (sociedade e mercado) e pelas diversas concepções de saúde de cada grupo social, uma vez que políticas são escolhas.

[...] a compreensão das políticas e sistemas de proteção social, em especial na área da saúde, abrange, como vimos, tanto o debate teórico fortemente sustentado em categorias das ciências sociais (sociologia, ciência política, economia, história etc.) como a ação concreta de atores, grupos sociais e organizações na construção de relações, processos e instituições (FLEURY; OUVENEY, 2008, p. 40).

Todos os direitos fundamentais, tanto os direitos sociais quanto os de liberdade geram custos para sua realização. Deve-se lembrar ainda que o orçamento do Estado, mesmo em tempos prósperos, não é ilimitado (LEITE, 2014). Por isso, políticas públicas implicam em fazer escolhas. Quanto aos direitos sociais, estas escolhas devem levar em conta a sua máxima efetividade (LEITE, 2014): “[...] o ser humano sem acesso a bens e serviços básicos de saúde encontra-se desamparado pelo Estado e por seus semelhantes, ao não se permitir o seu desenvolvimento pleno como pessoa e cidadão [...]” (LEITE, 2014, p. 106).

3.3 A Constituição Federal de 1988 e o Sistema Único de Saúde

O direito à saúde está previsto em cerca de 60 Constituições (VENTURA, 2015 apud BACKMAN, 2008). Porém, algumas não dispõem sobre os direitos sociais: a alemã, por exemplo, disciplina o tema nas normas infraconstitucionais (LEITE, 2014). A Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF), por sua vez, traz a positivação do direito à saúde na sua Seção II, mostrando uma preocupação do Estado Social com o ser humano, garantindo o direito à saúde como Cláusula Pétrea. Anteriormente, as políticas de saúde eram voltadas para os trabalhadores que contribuía com a Previdência, ficando excluídos os demais sujeitos, mostrando uma preocupação com a ordem econômica. Além disso, as políticas de saúde buscavam apenas garantir a ausência de doenças, como

visto no Histórico da Saúde, conceito superado pelo atual ordenamento constitucional (LEITE, 2017).

A positivação do direito à saúde na Constituição de 1988 é muito importante para a sua garantia e para guiar as políticas públicas para a sua efetivação (LEITE, 2014). Segundo o Artigo 60, §4º, IV, o direito à saúde é Cláusula Pétreia da Constituição Federal. Portanto, inadmissível retrocesso social (FARIAS, 2017), nem mesmo por emendas constitucionais (LINS; ROSA, 2014) e nem a omissão do Estado na saúde (FARIAS, 2017).

A previsão de saúde na CF de 1988 está no Título II, dos direitos e garantias fundamentais e no Título VIII, Capítulo II, dos direitos sociais, Seção II, nos artigos 196 e seguintes (BUHRING, 2016).

A previsão do direito à saúde e das competências dos entes federados, por sua vez, se encontra nos artigos 23, II e 24, XII da Constituição Federal. É competência comum da União, estados, Distrito Federal e municípios ação e execução de ações e serviços de saúde, pelo que os entes federados devem se articular para fazê-lo. Quanto ao papel legislativo de estados, DF e União, este é concorrente em matéria de saúde. O papel legislativo do Município é suplementar aos Estados e União, no que couber (AITH, 2017).

No Artigo 196 da CF encontra-se o princípio do SUS da universalidade de acesso à saúde, prevendo um acesso gratuito e igualitário. Ou seja, o SUS deve atender a todos que dele precisarem. O Artigo 198, CF, por sua vez, prevê o princípio da regionalização, descentralização (atuação dos Estados e Municípios, vide artigo 23, II, CF) e a participação da comunidade no SUS (JORGE, 2017).

O artigo 198 da CF traz os princípios que devem guiar os serviços de saúde e os artigos 196 e 197 trazem os deveres do Poder Público (AITH, 2017). O artigo 196 prevê o direito à saúde, que é regulamentado pela lei infraconstitucional – Lei Orgânica da Saúde, a qual confere, para Serrano (2012), regulamentação adequada e suficiente para o tema (LEITE, 2017).

A Lei Orgânica em Saúde (LOS) é formada pelas Leis nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90. Da interpretação dos dispositivos da Lei nº 8.080, depreende-se que o Poder Legislativo delega à administração pública, diversos poderes normativos, em todos os níveis federados (JORGE, 2017).

Destaca-se que, embora a base da saúde esteja na LOS, as normativas infralegais como portarias e resoluções são muito importantes para a saúde no país (JORGE, 2017). Ou seja, para a saúde, deve-se considerar acima de tudo a CF, depois a LOS, e as demais normativas. No entanto, o excesso de normativas em saúde pode acabar criando antinomias no sistema (JORGE, 2017 apud MORAIS, 2007), as quais não serão objeto de estudo aqui. Pode gerar, também, dificuldade de compreensão do sistema e de excesso de normas e dificuldade de aplicação destas. Gera, também, uma pluralidade de interpretações diferentes. Muitas normas também são vagas e imprecisas (JORGE, 2017).

Para Bucci (2017), é preciso ter uma visão individual e uma visão pública da saúde. A autora relata, ainda, que o Brasil possui uma grande produção de instrumentos normativos relacionados à saúde, inclusive produzidos pelo Poder Executivo, sem uma preocupação em que haja harmonia entre estes instrumentos. Isto complica a compreensão do campo da saúde no país, inclusive pelos operadores do direito. A autora sugere então o uso de ferramentas da legística para a produção de normas, uma vez que existe uma “poluição legislativa” em saúde (JORGE, 2017).

Quanto à competência normativa da administração pública, deve-se dispor a desarticulação e descontinuidade governamental, que podem gerar pequenas mudanças no SUS e falta de institucionalização de mudanças, no plano microintitucional, de acordo com os governantes eleitos (JORGE, 2017).

3.4 O conceito de saúde como direito social fundamental e sua previsão no ordenamento jurídico brasileiro

3.4.1 A evolução do conceito de saúde

A compreensão sobre o que é saúde esteve associada, até o século XX, ao pensamento científico da classe médica. Posteriormente, o conceito saúde passou a ser visto não apenas como algo biológico/ físico, mas também sociológico, importando a opinião da sociedade da construção do conceito de saúde e do que ele deve representar. Neste sentido, saúde é um conceito multidisciplinar, que engloba conhecimentos sobre gestão, epidemiologia, entre outros. (AITH, 2017). Deve-se destacar que o conceito

biológico de saúde é diferente do jurídico. Este último, é aquele que deve ser amparado pelo Estado e previsto em seu orçamento (DAVIES, 2006).

Como já discutido anteriormente, diversos fatores impactam na saúde, como fatores sociais, culturais, acesso a serviços básicos e religião. Porém, é um consenso tanto para os médicos quanto para a sociedade que a cidade é tida como patogênica à saúde, por promover o ritmo de vida acelerado e um meio ambiente poluído. (AITH, 2017).

Em um cenário onde múltiplas variáveis influenciam no conceito de saúde, o Estado deve escolher o que priorizar, analisando a gravidade da situação, população atingida e em que frequência. Para isso, as decisões devem se dar de forma participativa pela sociedade (AITH, 2017).

Para Serrano (2012), o conceito de saúde constante do Artigo 196 da CF segue a definição do preâmbulo da OMS⁵⁵, que define saúde como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doenças ou enfermidade” (BUHRING, 2016, p. 175 apud OMS, p.1). Portanto, priorizando a prevenção e vendo a saúde como um completo bem-estar físico e mental (SERRANO, 2012).

Assim, alimentação, meio ambiente, saneamento, transporte, trabalho, lazer, moradia, educação integram o conceito de saúde, o qual possui uma concepção preventiva e de qualidade de vida e não meramente curativa (LEITE, 2017), um conceito que vai além da mera ausência de doenças. Embora o conceito seja o de prevenção, a situação de miserabilidade e exclusão de grupos mais vulneráveis faz com que estes almejem apenas a saúde curativa (LEITE, 2014).

Importante ressaltar que a saúde é um conceito vago e que impacta na saúde dos indivíduos e na coletividade (AITH, 2017). Cada grupo social e cada sociedade possui a sua própria construção do significado de saúde. Por isso, torna-se mais relevante a democracia sanitária e que essas pessoas levem para o Estado qual a sua percepção sobre o tema (AITH, 2017). Daí a importância da interculturalidade. “[...] a saúde é considerada uma construção coletiva [...]” (AITH, 2017, p. 82). Por isso, o Estado deve criar formas

⁵⁵ Segundo o Artigo 3º da OMS, saúde abrange também moradia, alimentação, renda, lazer e atividade física. Nesse sentido, para uma saúde plena devem ser alcançados determinantes sociais favoráveis, com a redução de desigualdades. Um bom exemplo de programa nesse sentido foi o Bolsa- Família (LEITE, 2017).

de participação da sociedade nas decisões de saúde, para que esta influencie o conteúdo das leis, atos administrativos e decisões judiciais relacionadas ao tema (AITH, 2017).

Deve-se lembrar também do disposto anteriormente no tópico “Políticas são escolhas?”, a respeito do confronto destes grupos em saúde. Esta construção conjunta de significados será importante na conclusão deste trabalho.

3.4.2 De direito humano internacional ao direito social fundamental

A Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1948 é uma resposta aos horrores cometidos na Segunda Guerra Mundial. Ela prevê direitos civis, políticos (art. 3º ao 21), e também os direitos econômicos, culturais e sociais, trazendo o direito à saúde no artigo XXV. Essa *Declaração* deve ser respeitada pelos países signatários, embora não tenha caráter vinculante (LEITE, 2017). Entretanto, embora seja declaratória, inspirou a abrangência e o conceito de saúde de muitos Estados (AITH, 2017).

O artigo primeiro da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que consagra a dignidade humana como valor máximo, serve de guia para a maioria das Constituições que foram editadas posteriormente, a exemplo da brasileira, que adota o conceito de saúde como um direito de bem-estar coletivo (LEITE, 2014).

Como força vinculante, tem-se o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (Decreto nº 592 de 6 de Julho de 1992) (GREGORI, 2017) e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966 (Decreto nº 591 de 6 de Julho de 1992) (DALLARI, 2017), uma vez que o Brasil é país signatário que ratificou o tratado em 1992 (art. 5º, §2º, CF/1988). A saúde está prevista no artigo 12-1 e 12-2 (AITH, 2017).

A saúde também é reconhecida pela Organização dos Estados Americanos (OEA), com a Carta da Organização dos Estados Americanos, de 1948 e participa de maneira importante na efetivação da saúde dos Estados Membro. A Convenção Americana de Direitos Humanos (Pacto de San José da Costa Rica) foi aderida pelo Brasil e se transformou em decreto legislativo (Decreto 678 de 6 de novembro de 1992). Ela prevê, em seu artigo 26 o direito social à saúde (AITH, 2017).

Para proteção do direito à saúde, destaca-se atuação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e Corte Interamericana de Direitos Humanos, das quais o Brasil

reconhece a jurisdição, e que atuaram, por exemplo, no caso de Damião Ximenes Lopez, um cearense portador de transtornos mentais que morreu por sofrer maus tratos no SUS (AITH, 2017).

A Constituição da OMS é um importante documento para garantir o direito à saúde, vide a garantia em seu artigo 1º (AITH, 2017).

“Todas as normas internacionais de proteção do direito à saúde mencionadas foram ratificadas pelo Congresso Nacional brasileiro e já integram o Direito interno (CF/88, art. 5º, §§2º e 3º)” (AITH, 2017, p. 60). Porém, o direito brasileiro ainda prevê a saúde em nível constitucional e infraconstitucional (em normas legais e infralegais) (AITH, 2017), a Constituição de 1988 reconhece os direitos sociais como direitos fundamentais e estes têm caráter vinculante e tendo como foco o coletivo e a redução de desigualdades (DUARTE, 2017).

Direitos humanos são universais. Portanto, aplicados a todos, indistintamente (PRATTI; VEDOVATO, 2017). Ao serem positivados pela Constituição Federal, tais direitos humanos atingem o *status* de direitos fundamentais (LEITE, 2017) e por isso sua importância em serem positivados pelos Estados (LEITE, 2017 *apud* LUNÕ, 2007).

Os direitos fundamentais garantem, em primeiro lugar, uma proteção do homem em relação ao poder político. Em um estágio seguinte, garantem proteção do homem contra o próprio homem (LEITE, 2014).

Quanto aos direitos fundamentais, faz-se uma rápida exposição, para dispor que foram positivados pela primeira vez em 1776 no *Bill of Rights* de Virgínia. Demarca-se também a Constituição dos Estados Unidos de 1787 e a Constituição da França de 1791. Naquele momento histórico, a maior preocupação era delimitar o poder estatal com a separação de poderes e assegurar os valores da liberdade, segurança e propriedade (valores individualistas). Esses são os chamados direitos fundamentais de primeira geração, foram os primeiros a serem positivados e asseguram a não intervenção do Estado, o ‘não fazer’ (SERRANO, 2012).

No século XIX, por sua vez, em decorrência de diversas crises sociais e de movimentos sociais, começa a se defender a intervenção do Estado para garantir os direitos sociais dos cidadãos. Surgem assim os direitos fundamentais sociais de segunda geração, que exigem uma prestação do Estado, por meio de serviços públicos, ainda considerando o homem em sua individualidade. Os direitos de segunda geração são os

direitos sociais, culturais e econômicos. Inicialmente se entendia que exigiam uma prestação do Estado (direitos positivos). Hoje se entende que, para sua concretização, também exigem uma abstenção do Estado (direitos negativos), como o direito à greve (SERRANO, 2012).

Os direitos fundamentais de terceira geração (difusos e coletivos), por sua vez, se relacionam com a sociedade (fraternidade e solidariedade) e não mais ao homem individual. Referem-se à proteção do meio ambiente e dos direitos sociais e econômicos. Assim, após a Segunda Guerra Mundial, buscam ainda mais a ampliação dos direitos sociais, quando os Estados passam a adotar Constituições sociais, como a Constituição alemã de 1949, a francesa, de 1958 e a brasileira, de 1988 (SERRANO, 2012).

[...] os chamados direitos fundamentais de terceira geração não têm por objetivo propriamente a preservação das liberdades individuais ou do ser humano como ser social, mas sim do ser humano como parte da humanidade. Logo, não atina a um grupo específico ou a um Estado determinado, mas à humanidade, como valor ético maior a permear a relação entre os Estados e os povos (SERRANO, 2012, p. 22 apud SERRANO, 2009, p. 46).

Podem ser considerados como direitos fundamentais sociais: saúde, moradia, educação, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados (SERRANO, 2012). Leite (2014) relata que os direitos de liberdade e os direitos sociais não são indissociáveis, mas sim complementares.

[...] o início da implementação dos direitos sociais coincide com o surgimento do Estado Social, sob a influência de várias doutrinas políticas e filosóficas que buscavam justamente a concretização de direitos da coletividade e não mais somente os proclamados direitos à liberdade de cunho individualista. Tais direitos surgem no bojo da crise do liberalismo ante a constatação da insuficiência do Estado abstencionista, com o intuito de fornecer, de alguma forma, uma proteção à classe operária, pobre e oprimida, e aos cidadãos marginalizados (SERRANO, 2012, p. 45).

Os direitos sociais possuem, então, um âmbito individual, de bem-estar e ausência de doenças e um coletivo (sociedade e Poder Público), a saúde em coletividade (SERRANO, 2012).

Serrano (2012), afirma que alguns defendem os “direitos de quarta geração”, que diriam respeito ao direito à democracia, informação e ao pluralismo.

Assim, a positivação dos direitos civis e políticos é uma das primeiras características do papel das Constituições (DANIELLI, 2017).

O direito à saúde é um direito de segunda dimensão, ou de segunda geração, um direito reconhecido internacionalmente, que, por sua positivação constitucional se transforma em direito fundamental, e que vem previsto no artigo 6º e 196 da Constituição Federal de 1988 e que para efetivação depende de atuação estatal. Assim, é dever do Estado fornecer um serviço de saúde acessível a todos, por meio de políticas públicas. Destaca-se que o direito à saúde se relaciona com o direito à vida. Prova disso é que a OMS em sua definição de direito à saúde, inclui o elemento social em sua definição (FARIAS, 2017).

Os direitos sociais são uma prestação positiva que deve ser realizada pelo Estado, de maneira a garantir igualdade entre as pessoas. Eles estão previstos na Constituição Federal, nos artigos 6º ao 11º (rol de direitos fundamentais sociais) e nos artigos 193 ao 232 (da ordem social). Por envolverem prestações positivas do Estado, envolvem questões orçamentárias e de escolhas políticas (BUHRING, 2016).

Lembre-se que o Brasil é um Estado Democrático de Direito, que tem como um dos seus pilares a garantia dos direitos fundamentais sociais (BUHRING, 2016). A saúde é um direito de prestação positiva pelo Estado, que deve realizar políticas públicas no âmbito da saúde. Porém, também é um direito de prestação negativa, pois o Estado deve se abster de editar normas que prejudiquem a saúde de um cidadão ou da população. Não respeitar o direito à saúde seria um retrocesso social (BUHRING, 2016).

Este direito deve ser assegurado, então, pelo Estado Democrático de Direito, que é “[...] uma das formas mais exitosas existentes no mundo moderno, de organização estatal e vida em sociedade, mas, nem por isso, está livre de imperfeições e mazelas” (ALVAREZ, 2017, p. 251).

O Estado Democrático de Direito é aquele com funções estatais separadas; regime democrático; garantia dos direitos fundamentais. Neste cenário, o Poder Executivo é o responsável por implementar os direitos fundamentais. Já o Poder Legislativo, traça os limites dos direitos fundamentais, respeitando a Constituição (ALVAREZ, 2017).

O retrocesso dos direitos sociais e das políticas públicas que os garante é inadmissível (PIOVESAN, 2018). Porém, destaca-se o princípio do não retrocesso social pois, após esses direitos serem concretizados em nível infraconstitucional, os direitos fundamentais sociais se tornam direitos subjetivos adquiridos (BONAVIDES, 2005, p.

344), constituindo também uma garantia institucional, o que constitui um limite para o legislador e uma obrigação para guiar as políticas públicas (BUHRING, 2016).

3.4.3 Reserva do possível e proibição do retrocesso

Os direitos sociais devem ser prestados por meio de serviço público, pois tem em sua maior parte, caráter positivo, de prestação pelo Estado (SERRANO, 2012). A universalidade no acesso à saúde é um dos pontos mais importantes do SUS, cuja criação foi fruto de movimentos sociais.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 é bastante avançada quanto à proteção dos direitos fundamentais. Porém, isso não é suficiente para a real eficácia destes no país, haja vista a desigualdade existente entre as classes sociais, além da exclusão social e marginalização da população mais vulnerável (SERRANO, 2012), que se agrava quando se trata de imigrantes vulneráveis e que convergem em si outros estigmas sociais brasileiros, como a pobreza e a etnia.

Quanto à saúde, deve-se ter em mente a finitude de recursos orçamentários (LEITE, 2017): “[...] o orçamento público ainda não revela uma compatibilidade entre o mundo formal da lei e as exigências de uma concreta eficiência administrativa na utilização dos recursos públicos” (SERRANO, 2012, p. 69). Apesar disso, o SUS traz inovação científica e tecnológica (FARIAS, 2017) e está estruturado de uma maneira bastante complexa.

Lembre-se que os direitos sociais se relacionam profundamente com o orçamento público (LEITE, 2017). Uma observação muito importante da autora (VESTRI, 2015), é que a maioria das Constituições Latino-americanas traz o rol de direitos sociais. Porém, falta efetividade dos mesmos, ou seja, aplicação concreta por parte dos poderes públicos, o que é abordado neste trabalho.

Nos conflitos de natureza distributiva, é preciso levar em conta as desigualdades concretas existentes na sociedade e os meios e recursos de que dispõe o Poder Público para implementar programas de ação complexos – as políticas públicas – voltados ao cumprimento dos objetivos do Estado Social e Democrático de Direito (DUARTE, 2017, p. 95).

Principalmente em países emergentes como o Brasil, ocorre uma inaplicabilidade nos direitos sociais, tendo como justificativa a escassez de recursos públicos (reserva do possível). No entanto, o artigo 5º, §1º da Constituição Federal prevê a aplicabilidade

imediate das normas de direitos fundamentais sociais (SERRANO, 2012). Ou seja, mesmo na escassez de recursos públicos destaca-se a proibição do retrocesso social: “[...] uma vez consagradas legalmente as ‘prestações sociais’ [...], o legislador não pode depois eliminá-las sem alternativas ou compensações” (SERRANO, 2012, p. 39). Também não pode o legislador infraconstitucional dispor de maneira contrária à Constituição Federal em suas portarias, de forma a não dar a máxima efetividade para o direito social à saúde⁵⁶.

‘Não se pode deixar que os direitos fundamentais de prestação sejam relegados à caridade, isto porque são direitos assegurados constitucionalmente e é dever do Estado garanti-los’, justamente porque os direitos às prestações, cunho positivo, são tão fundamentais quanto os direitos de defesa, cunho negativo. E isso, pode se perceber especificamente no direito fundamental social à saúde (BUHRING, 2016, p. 171 apud VASCONCELOS, 2010, p. 35).

A proibição ao retrocesso também encontra guarida no Direito Internacional, como no Pacto de São José da Costa Rica (impossibilidade de redução dos direitos sociais previstos na Constituição Federal) e no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, e o Protocolo de San Salvador (princípio da progressividade na implantação dos direitos sociais) (BUHRING, 2016).

Nesse sentido, o princípio constitucional da máxima efetividade⁵⁷ dispõe que a interpretação das normas constitucionais deve se dar de maneira que se garanta a sua máxima eficiência possível. Assim, os direitos fundamentais devem ser garantidos em todas as suas gerações, de maneira mais efetiva possível. Afinal, de nada adianta garantir a liberdade, se o direito à saúde pública não é garantido. Por isso, os direitos fundamentais são interdependentes entre si (SERRANO, 2012).

As verbas públicas destinadas à saúde ficam sujeitas a processos eleitorais, onde candidatos concorrem com base em interesses próprios. Porém, o legislativo estar

⁵⁶ Art. 60. A Constituição poderá ser emendada mediante proposta:

[...]

§ 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir:

[...]

IV - os direitos e garantias individuais (BRASIL, 1988, p. 01).

⁵⁷ A garantia do mínimo existencial foi conceito que surgiu ligado diretamente à dificuldade de efetivação de todos os direitos sociais dependentes de uma atuação estatal quando contrastados com a questão relativa à limitação dos recursos financeiros para a concretização de políticas públicas.

Assim, passou-se a acreditar que a efetivação dos direitos sociais deveria estar condicionada diretamente à existência de possibilidade econômica razoável, consistente no princípio da reserva do possível (SERRANO, 2012, p. 65).

Deve-se ter cuidado na aplicação do instituto acima, que foi criado em outra realidade (Alemanha) (SERRANO, 2012).

integrado no processo orçamentário já pode ser considerado um avanço, segundo Serrano (2012). Ainda segundo a autora, não se pode permitir que a falta de verbas, baseada na teoria da reserva do possível limite o exercício dos direitos fundamentais sociais, “[...] exceto se houver uma prova contundente, por parte do Estado, que justifique a ausência de verba” (SERRANO, 2012, p. 71). Portanto, a cláusula da reserva do possível deve estar restrita para justos motivos aferíveis e não pode ser utilizada pelo Estado para que este se abstenha de atuar positivamente no que diz respeito aos direitos fundamentais sociais (SERRANO, 2012 apud ADPF 45), o TJ SP também afastou a aplicabilidade da reserva do possível (SERRANO, 2012).

3.5 O Sistema Único de Saúde

3.5.1 Estrutura do SUS

Como informado na Introdução, este capítulo possui como objetivo prestar informações sobre o SUS para os imigrantes, cumprindo o dever do SUS de informação à população.

Nesse sentido, dispõe-se que as bases legislativas para a saúde no Brasil são a CF, a lei 8.080/90 e a lei 8.142/90 (AITH, 2017), sendo que o SUS é um sistema que envolve hospitais (os universitários inclusive); laboratórios; hemocentros; institutos de pesquisa; fundações que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde, vide o artigo 2º da Lei nº 8.080/90 (GAMA; GOUVEIA, 2017). O direito à saúde é, para Aith (2017), um direito que foi previsto para “ser levado a sério”.

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema que abrange desde Atenção Básica (por exemplo, para medir a pressão arterial) até o atendimento complexo. O acesso é gratuito e garantido a toda a população de maneira universal, tendo por foco a prevenção, qualidade de vida e a promoção da saúde. O SUS é composto por Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Conselhos de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite (CIT)⁵⁸, Comissão Intergestores Bipartite

⁵⁸ Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS (Ministério da Saúde, 2019, p. 01).

(CIB)⁵⁹, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)⁶⁰, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasemns)⁶¹, Conselhos de Secretaria Municipais de Saúde (Cosemns)⁶² (Ministério da Saúde, 2019). Assim, o SUS “Engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica” (Ministério da Saúde, 2019, p. 01).

A porta de entrada do SUS é a atenção primária⁶³ (Programas de Saúde de Família, Postos de Saúde, Unidades Básicas de Saúde) (SERRANO, 2012), composta pelo atendimento de urgência, emergência, previsto no Artigo 8º do Decreto 7.508 (que regulamenta a Lei nº 8.080/1990), que também prevê proteção especial para as populações indígenas e as mais vulneráveis. O artigo 2º, VIII do Decreto, por sua vez, prevê os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, que padronizam os serviços de saúde, otimizando recursos, têm base em conhecimentos científicos e mostra uma eficácia de gestão. Se algum usuário escapa deste padrão básico e requer ações especiais, pode ser criada uma via administrativa para pedidos excepcionais, como já teria feito a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SERRANO, 2012).

O tratamento no SUS realizado por meio de Protocolos Clínicos são documentos que têm base científica e dispõe sobre como se deve dar o tratamento do usuário (MONTEIRO, 2017). O usuário deve possuir o cartão SUS, o qual facilita o acesso e nele constam informações do paciente, de onde foi atendido e quais procedimentos foram feitos (BUHRING, 2016).

⁵⁹ Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS (Ministério da Saúde, 2019, p. 01).

⁶⁰ Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde (Ministério da Saúde, 2019, p. 01).

⁶¹ Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde (Ministério da Saúde, 2019, p. 01).

⁶² São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos (Ministério da Saúde, 2019, p. 01).

⁶³ A utilização do termo “Atenção Primária à Saúde” (APS) expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. É senso comum também entender essas unidades como espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados (p. 868) (LAVRAS, 2011, p. 868).

A Atenção Básica como primeiro nível de atenção, realiza consultas médicas, tratamento odontológico básico; a média complexidade, por sua vez, inclui próteses, exames de ultrassom e a alta complexidade, envolve tecnologia e alto custo (GAMA; GOUVEIA, 2017). A APS considera “[...] o sujeito em sua singularidade, [...] na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de [...] sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver [...]” (LAVRAS, 2011, p. 871)⁶⁴.

O atendimento do SUS se faz na forma de referência e contra – referências (hierarquização). Para explicar o sistema de referências e contra referências pode-se citar o exemplo de alguém com dor de cabeça que é atendido pelo posto de saúde (Atendimento Primário). Se é constatada meningite, a pessoa é encaminhada para atendimento de maior complexidade -referência (Atendimento Secundário). Tratada, ela é reencaminhada para o Atendimento Primário (contra referência). Destaca-se que o artigo 198, II, CF incentiva a atuação preventiva, sendo importante, nesse sentido, o Atendimento Primário (SERRANO, 2012).

3.5.2 Saúde Pública e Privada

A saúde no Brasil compreende um sistema que envolve o público, de caráter universal⁶⁵ e gratuito, e o privado, que pode atuar de maneira complementar ou suplementar ao público. É complementar quando a iniciativa privada participa do SUS em caráter complementar, por meio de contrato ou convênio, quando o SUS não consegue dar cobertura à população em uma determinada área (art. 197, CF; artigo 4º, §2º e artigo 24, parágrafo único, ambos da Lei nº 8.080/90). É preocupante, porém, que a saúde

⁶⁴ [...] a APS responsabiliza-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença; garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário; responsabilizando-se por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema; e, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede (LAVRAS, 2011, p. 873). As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2010, p. 2300).

⁶⁵ A universalização da saúde foi tardia no Brasil (BUCCI; DUARTE, 2017).

complementar esteja ocorrendo com mais frequência que o esperado (VIANNA, 2014). O sistema privado também pode ocorrer de maneira suplementar, pela iniciativa privada, regulado por Agência Reguladora (art. 199; 170; caput e IV; 174, CF) (VIANNA, 2014).

Serviço público, por sua vez, consiste em uma atividade do Estado que oferece serviços aos administrados. O artigo 175, IV, CF garante o direito fundamental ao serviço público adequado. Portanto, este conceito está ligado à prestação de serviços que satisfaçam às necessidades dos cidadãos, individuais (como a saúde) ou coletivas (saneamento) (SERRANO, 2012).

Um elogio ao SUS é justamente a desmercantilização do acesso, o qual é gratuito no ponto da assistência, a capacidade de pagamento não deve ser uma restrição de acesso. Já no setor privado há uma segmentação da assistência, por meio das operadoras e produtos (MENICUCCI, 2014).

O SUS foi definido a partir de princípios universalistas e igualitários, o que é algo de fazer inveja a outros países. Estive num debate na Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) agora em outubro de 2013, e todos se mostraram fascinados pelo fato de um país do tamanho do Brasil ter um sistema com princípios universalistas e igualitários – quer dizer, para todos e de forma igual – embasado na concepção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Isso não foi pouco. Essa construção do SUS rompeu com o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde no Brasil até a Constituição de 1988, e determinou a incorporação da saúde, como direito, numa ideia de cidadania, que naquele momento se expandia, e que considera não apenas o ponto de vista de direitos formais, de direitos políticos, mas principalmente a ideia de uma democracia substancial, de direitos substantivos, que envolviam certa igualdade de bem-estar. Nesse campo, cabe lembrar, a saúde teve papel preponderante no ideário de nossa Constituição cidadã (MENICUCCI, 2014, p. 78).

O SUS também é muito importante como geração de tecnologia e como inovação em administração do Sistema, como a regionalização, que foi copiada pelo Setor Privado. Assim, o SUS possui muitos aspectos positivos (MENICUCCI, 2014) e que não aparecem para a sociedade devido ao Marketing das operadoras de saúde. Essa corrida privatista, porém, tem contribuído com a crise do serviço público na atualidade brasileira (SERRANO, 2012).

3.5.3 Princípios do SUS

O SUS constitui um sistema que deve proporcionar serviços de saúde para qualquer pessoa da comunidade (FARIAS, 2017). O artigo 7º da Lei 8.080/90 traz os

princípios do SUS (BUHRING, 2016), que se sustenta nos princípios ao acesso universal e igualitário (serviço acessível a todos que precisarem usar), regionalização (cooperação dos diversos entes federados para organizar o SUS), financiamento permanente, atendimento integral, priorizando a esfera preventiva (VENTURA, 2015), descentralização (direção em cada esfera de governo), participação popular da comunidade (FARIAS, 2017) e outros que serão descritos e melhor detalhados abaixo.

O princípio da descentralização busca fortalecer o federalismo previsto na Constituição Federal. O objetivo é fortalecer gestores estaduais e principalmente municipais, com suporte técnico e financeiro da União, tendo em vista eventuais fragilidades de determinados municípios, em virtude de diferenças geográficas e socioeconômicas locais e regionais (LEITE, 2017). Assim, com a descentralização se leva a uma prestação em saúde com maior qualidade e se distribuem as responsabilidades em saúde entre Municípios, Estados, União e Distrito Federal, “[...] onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades [...]” (Ministério da Saúde, 2019, p. 01). O Brasil tem uma diversidade entre Estados e Municípios, o que torna diversa a capacidade de implementar as políticas públicas de saúde no Brasil (BUHRING, 2016).

“O princípio da descentralização significa que a gestão do sistema é feita de forma independente por cada ente federativo. Assim, os Estados não dependem da União, e os Municípios não dependem dos Estados” (FARIAS, 2017, p. 15).

Quanto ao princípio da regionalização, este constitui um “[...] processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos” (Ministério da Saúde, 2019, p. 01). Traçam-se perfis populacionais em serviços de saúde de uma determinada região, com enfoque na gestão municipal da saúde (municipalização, autonomia dos municípios, sendo o município o principal ente responsável pela saúde da população) (LEITE, 2017).

Com a regionalização, são criadas regiões de saúde, com o sistema de referências e contra-referências. Em âmbito federal, o Ministério da Saúde⁶⁶ dirige a política nacional de saúde (diretrizes nacionais) e os Estados e Municípios são responsáveis pelas suas

⁶⁶ Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais (Ministério da Saúde, 2019, p. 01).

Secretarias de Saúde⁶⁷. Portanto, todos os entes federados são responsáveis pela gestão da saúde, porém, o Município deve assumir a gestão plena, capacitando-se para tal, mas ainda recebendo financiamento da União, ainda mais na alta complexidade (SERRANO, 2012). Assim, as regiões entendem melhor as suas necessidades locais. Como exemplo temos Rondônia e os imigrantes venezuelanos (BAPTISTA, 2007).

Hierarquização, por sua vez, significa distribuir os serviços do SUS de acordo com o grau de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade). Ela busca dividir os “[...] níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região” (Ministério da Saúde, 2019, p. 01).

Hierarquização é um conceito complementar ao da regionalização (organização dos serviços de saúde de acordo com regiões, organizados pelos gestores estaduais e municipais). Juntos levam a um SUS mais eficiente: se o que eu busco não é oferecido na minha localidade, pode estar sendo oferecido em outra (GAMA; GOUVEIA, 2017). Assim, combinando regionalização e hierarquização se compreende que:

“os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida” (Ministério da Saúde, 2019, p. 01).

Quanto ao princípio do atendimento integral em saúde, ele está previsto no artigo 7º, II, da Lei nº 8.080/90 (DAVIES, 2006) e significa: “[...] intervir no todo. Cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de saúde devem abranger a promoção, a proteção a recuperação da saúde” (GAMA; GOUVEIA, 2017, p. 39).

[...] é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Ministério da Saúde, 2019, p. 01).

⁶⁷ Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde (Ministério da Saúde, 2019, p. 01).

O SUS deve levar seus serviços para o maior número de pessoas possível e nas mais longínquas regiões do país, o que pode ser feito por meio de serviços assistenciais e devem ser priorizadas as ações médicas preventivas (FARIAS, 2017). O atendimento integral também impacta no conceito de saúde, que deve ser compreendido como uma assistência integral, portanto, além da simples ausência de doenças. Como saúde integral se entende campanhas de vacinação, vigilância de epidemias, entre outras. (SERRANO, 2012).

Conceito de integralidade e assistência em saúde significam que todo e qualquer tratamento não pode ser demandado pelo usuário ou profissional de saúde, pois isso pode, muitas vezes, onerar o SUS em detrimento da garantia do capital, o que poderia pôr fim aos recursos da saúde (LEITE, 2017), ou seja, o conceito de integralidade não deve ser infinito. Uma vez que os recursos para a saúde são finitos. Por isso, a integralidade deve ser regulada pelo Ministério da Saúde com a publicação, por exemplo, de lista de medicamentos⁶⁸ a serem fornecidos pelo SUS⁶⁹. Dessa maneira se atinge a universalidade por meio da integralidade e equidade (princípios que também serão explicados neste tópico) (DAVIES, 2006).

Ao se submeter ao SUS, o paciente deve aceitar os protocolos e procedimentos adotados, os quais são estipulados por pesquisa e passam por consulta pública, ou seja (DAVIES, 2006):

O direito à integralidade da assistência terapêutica não pode ser aleatório e ficar sob a mais total independência reivindicatória do cidadão e da liberdade dos profissionais de saúde indicarem procedimentos, exames, tecnologias não incorporadas ao sistema, devendo a conduta profissional pautar-se por protocolos, regulamentos técnicos e outros parâmetros técnico-científico-biológico. E esses documentos, orientadores do sistema, devem ser elaborados de forma a serem capazes de conjugar tecnologia, recursos financeiros e as reais necessidades terapêuticas, sem acrescentar o que possa ser considerado supérfluo ou desnecessário ou retirar o essencial ou relevante (DAVIES, 2006, p. 69 apud SANTOS, 2005, p. 09).

Jorge (2017) dispõe que “[...] não é qualquer prestação que o paciente entenda ser necessária, mas a que dentro de parâmetros técnicos-médicos traga resultado efetivo para o tratamento” (JORGE, 2017, p. 463). Destaca-se então a importância da formulação de

⁶⁹ “[...] demandas forjadas, em que laboratórios induzem o ingresso de ações judiciais que desafiam o papel planejador das listas⁶⁹, por meio de práticas tratadas na tipologia penal” (BUCCI, 2017 apud YOSHINAGA, 2011).

Para Bucci (2017) é necessário maior credibilidade da política de assistência farmacêutica.

protocolos e critérios para atendimento em saúde (BUCCI; DUARTE, 2017). Porém, o SUS deve respeitar a autonomia das pessoas, ou seja, seu direito de escolher entre as alternativas médicas disponíveis, mas a opção não deve causar danos à sua saúde ou da coletividade (GAMA; GOUVEIA, 2017).

O princípio da participação popular, que prevê a participação da sociedade no dia a dia do SUS, por meio dos Conselhos e Conferências em Saúde (Ministério da Saúde, 2019), é mais expressivo no Município, uma vez que é neste ente federado que o SUS está mais próximo da população. Esse princípio é importante, pois o SUS deve ouvir as comunidades, para saber como os recursos podem ser aplicados da melhor maneira (FARIAS, 2017). A Democracia Sanitária é uma expressão recente e pouco conhecida⁷⁰, que garante a participação do povo nas decisões em saúde, esta entendida como um direito fundamental (DALLARI, 2017).

Como acesso universal, entende-se que a saúde constitui um direito de cidadania que deve ser assegurado a todos pelo Estado, independente de sexo, características sociais ou pessoais (Ministério da Saúde, 2019). Assim, o que a Constituição Federal de 1988 prevê é que:

“[...] todo indivíduo brasileiro⁷¹, independentemente de raça, gênero, situação socioeconômica e credo, tem igual direito com relação a todos os demais de acesso à satisfação de suas necessidades de saúde” (COHN, 2006, p. 8), a despeito dos desafios de equidade mencionados e “[...] independentemente das diferenças e desigualdades sociais que os distingam” (COHN, 2006, p. 8). O direito à saúde está assegurado, simplesmente por tais sujeitos se constituírem como cidadãos (COHN, 2006).

Portanto, “[...] a universalidade aponta que os serviços de saúde são acessíveis a todos, independentemente de qualquer outra característica que não a de ser humano [...]” (SERRANO, 2012, p. 113)⁷².

Quanto a não nacionais, entendo que o acesso ao SUS é indiscriminado. Isto, pois o artigo 1º da Constituição Federal e Tratados Internacionais dos quais o Brasil é

⁷⁰ Aith (2017) dispõe que ainda existem poucos estudos sobre democracia sanitária.

⁷¹ Embora a autora disponha sobre “brasileiro”, qualquer não nacional no país têm direito à saúde, conforme se disporá.

⁷² O SUS fornece, então, atendimento universal, com atendimento integral, em uma estrutura descentralizada e com participação da comunidade. Nos modelos de saúde anteriores no país, ressalte-se que o acesso à saúde estava ligado à contribuição com a Previdência. A modificação surgiu como consequência de muita luta do Movimento Sanitarista Brasileiro e que proporcionou inclusão da população ao sistema de saúde (LEITE, 2017).

signatário⁷³ preveem a dignidade da pessoa humana, fundamento para o desenvolvimento no Estado Democrático de Direito. O artigo 5º do texto constitucional dispõe que brasileiros e estrangeiros aqui residentes são iguais perante a lei⁷⁴. Como consequência, os direitos sociais previstos no Capítulo II da Carta Magna, dentre os quais se encontra o direito à saúde, em seu artigo 6º, são extensíveis aos imigrantes, independentemente de sua condição no país⁷⁵. Devemos, portanto, acolher bem não nacionais que aqui se encontram. A efetivação do direito à saúde é fundamental para garantir a dignidade humana do imigrante no Brasil, sendo um importante elemento da sua boa qualidade de vida no país.

O Princípio da Universalidade⁷⁶ consiste em garantir a saúde a todos, como um direito de cidadania (GAMA; GOUVEIA, 2017): “[...] o acesso universal, que se relaciona à consolidação do SUS e da saúde como direito social de cidadania, pois significa distribuição igualitária e universal dos recursos disponíveis em saúde, sem discriminação [...]” (LEITE, 2017, p. 64).

Logo, o conceito de universalidade dispõe que o SUS deve atingir a toda a população, sem qualquer distinção ou discriminação. Deve-se buscar a redução das desigualdades⁷⁷ e carências básicas. Todos devem ser atendidos, especialmente os excluídos (DAVIES, 2006). A saúde é acessível a todos, independentemente de contribuição, devendo ser prestado gratuitamente (SERRANO, 2012).

⁷³ A exemplo, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (“Pacto de San José da Costa Rica”), Decreto n. 678/1982. Planalto. **Decreto n. 678/1982**. 2017. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/anexo/and678-92.pdf>. Acesso em 10 maio 2017.

⁷⁴ TRT15, **Recurso Ordinário em Procedimento Sumaríssimo nº 0091300-06.2007.5.15.0018**, Rel. Des. José Otávio de Souza Ferreira, public. 10/05/2011. Disponível em <<http://portal.trt15.jus.br/>>. Acesso em 10 maio 2017.

⁷⁵ Embora o Artigo 5º, caput da Constituição Federal disponha sobre brasileiros e estrangeiros aqui residentes, entende-se pacificamente por mutação constitucional que não apenas os brasileiros ou estrangeiros residentes no país têm direitos e garantias fundamentais, mas sim qualquer estrangeiro que aqui se encontre – tal como turistas. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **A Constituição e o Supremo**. 2017. Disponível em <<http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigobd.asp?item=31>>. Acesso em 15 maio 2017.

⁷⁷ A reforma dos serviços de saúde que elaborou, previa a criação, em diversas regiões do interior do Estado, de vários postos de atendimento local, onde a população deveria ter acesso a um conjunto de ações integradas e permanentes, fortemente voltadas para a prevenção via educação sanitária. Sua proposta era extremamente inovadora para a época, visto que, até então, as ações de saúde pública tinham um caráter provisório e tomavam como pilares as campanhas contra doenças epidêmicas (LAVRAS, 2011, p. 870, apud TEIXEIRA, 2006, p. 18).

“Conclui-se que é preciso que a universalidade e a integralidade sejam justas e equânimes, vale dizer, não se pode garantir o direito à saúde de ponta para determinado cidadão, em prejuízo de toda uma sociedade sem qualquer tipo de saúde básica” (DAVIES, 2006, p. 86).

O princípio da igualdade, por sua vez, prevê que “[...] a mesma situação clínica deve merecer a mesma atenção em saúde [...]” (SERRANO, 2012, p. 113). O SUS deve atender a todos, sem distinção (GAMA; GOUVEIA, 2017).

Conjugando-se os dois princípios acima (acesso universal e igualitário), se chega à equidade (SERRANO, 2012), ou seja, respeitar as diferenças no atendimento, reduzindo as disparidades sociais e regionais (GAMA; GOUVEIA, 2017). O objetivo da equidade é diminuir as desigualdades, tratando “[...] desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior” (Ministério da Saúde, 2019, p. 01).

Quanto ao Princípio da Universalidade e igualdade, também se deve observar a previsão do artigo 196 da Constituição Federal, além da previsão de não discriminação dos serviços de saúde. A acessibilidade engloba acessibilidade de informações em saúde e acessibilidade física a toda população (LEITE, 2017), pois é importante que o usuário tenha informações de onde deve ir para obter tratamento, devendo os serviços públicos se organizarem nesse sentido (artigo 7º, VI; XII; XIII da Lei Orgânica de Saúde) (SERRANO, 2012). A Carta de Direitos do SUS garante informação do SUS aos seus usuários (GAMA; GOUVEIA, 2017).

Bucci (2017) dispõe que os usuários do SUS devem saber o que exigir do sistema de saúde (artigo 7º, VI, Lei nº 8.080/1990), por isso é importante a Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema de Saúde (Portaria MS n 675 de 2006). Mesmo assim o SUS ainda carece de regulamentação neste sentido. Para ela a autora, a omissão poderia ser suprida por uma norma que contivesse os procedimentos e obrigações do Sistema de Saúde (protocolos de atendimento). O usuário tem direito a ser informado e a ter uma resposta do SUS no prazo certo. Em caso de descumprimento do poder público (negativa de atendimento ou prestação), isto seria mais facilmente identificável, por meio do que foi mencionado.

O conceito de promoção da saúde consiste em “[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da saúde e qualidade de vida. Envolve políticas públicas [...], com ampla participação da sociedade” (GAMA; GOUVEIA, 2017, p. 21).

Os conceitos de proteção e prevenção em saúde dizem respeito a um conjunto de ações para evitar o surgimento de doenças, como saneamento básico e campanhas de imunizações. Já recuperação da saúde pode ser entendido como ações de tratamento de doenças e reabilitação, a exemplo dos tratamentos ambulatoriais e de urgência e emergência (GAMA; GOUVEIA, 2017).

Por fim, a Lei nº 8.080/90 prevê obrigação do Estado e das pessoas, famílias, empresas e sociedade na proteção da saúde (VENTURA, 2015 apud AITH, 2006): o artigo 2º, §2º, o dever das pessoas na saúde (GAMA; GOUVEIA, 2017).

3.5.4 Os entes federados e a sua competência em saúde

O SUS é um sistema que integra os entes federados: União, Estados, Distrito Federal e Municípios (FARIAS, 2017). No SUS não existe hierarquia entre os entes federados, mas sim competências específicas para União (função de ordenamento e coordenação); Estados (atuar de forma complementar ou suplementar à união) e Municípios, estes últimos, gestores e executores da atenção à saúde e colaboradores dos outros entes (GAMA; GOUVEIA, 2017). Assim, a gestão é solidária e participativa entre União, Municípios, Estados e Distrito Federal (Ministério da Saúde, 2019).

Não há hierarquia entre os entes federados, mas distribuição de competências e, dentro dos limites desta, os Estados e Municípios devem desenvolver as respectivas políticas e gestões próprias de saúde, porém, de forma concatenada e com responsabilidade comum e solidária perante a população (SERRANO, 2012, p. 119).

O federalismo brasileiro pode dificultar a execução das políticas de saúde, em virtude de desarticulação entre as esferas e de acordo com a previsão de responsabilidade de cada ente. Por isso, para uma prestação bem-sucedida de serviços de saúde, são necessários muitos anos de recursos e estratégias de gestão pública (BUCCI, 2017).

A responsabilidade dos entes federados é solidária no que diz respeito à saúde. O SUS constitui um sistema regionalizado e hierarquizado, o artigo 9º da Lei nº 8.080/90 prevê atuação do Ministério da Saúde em âmbito federal, das Secretarias Estaduais de Saúde em âmbito estadual e das Secretarias Municipais em âmbito municipal (LEITE, 2017).

Quanto à competência para legislar sobre saúde, o artigo 23, II da Constituição Federal traz competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios,

enquanto o Artigo 24, XII do texto constitucional dispõe sobre a competência concorrente. O artigo 30, I e II, por sua vez, traz competência municipal para legislar sobre saúde, inclusive em caráter suplementar à legislação federal e estadual no que couber (LEITE, 2017), “[...] afinal, a execução dos serviços de saúde revela-se, em grande parte, municipalizada” (LEITE, 2017, p. 51).

A Portaria/ GM nº 399 de 2006 traz o Pacto pela Saúde, que engloba o Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Nesse sentido, são reconhecidas microrregiões de saúde e os gestores municipais devem conhecer as particularidades do seu município, como forma de garantir o acesso à saúde, seja ofertando serviços de saúde ou encaminhando a outro município de referência, por meio de negociações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual. Portanto, os serviços de saúde são pensados em uma ótica regional (LEITE, 2017): o Município assume um papel importante, pois é nele que acontecem as atividades diárias da vida (vide o Artigo 7º, IX, da Lei nº 8.080/90) (DAVIES, 2006).

O modo de estruturação das políticas públicas e o arranjo institucional para seu funcionamento são muito importantes no êxito desta política. Assim, foi bastante prejudicial que a transferência de gerência e responsabilidades do SUS para os Municípios tenha ocorrido de maneira desordenada e sem um planejamento devido (DUARTE, 2017). Ocorre que não houve transferência e nem compartilhamento de responsabilidades (perda de coesão nacional), conforme veremos.

Ocorre que a Gestão por Municípios (autônomos) em saúde cria situações específicas em cada localidade, o que cria padrões diversos na administração e na qualidade dos serviços de saúde do SUS em cada município, e que serão narradas no capítulo seguinte (informação verbal⁷⁸) e que são importantes no que diz respeito aos imigrantes no Brasil.

Portanto, a municipalização garante que as cidades coordenem, acompanhem, planejem as ações de saúde, com receita que é arrecadada, em maior parte, pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), de acordo com as necessidades específicas municipais⁷⁹, o que

⁷⁸ Informação verbal obtida em 18/04/2018 na Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

⁷⁹ No que diz respeito à APS, cujas ações e atividades no SUS são de competência dos municípios, deve-se considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independentemente do modelo escolhido, respeitando as seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de

é positivo, uma vez que as características regionais e de perfil populacional variam bastante ao longo do país⁸⁰ (LEITE, 2017). Assim, são feitos estudos das particularidades de cada região, como o perfil demográfico, climático e financeiro do local⁸¹ (LEITE, 2017), desde que o planejamento em saúde deve ser feito com base nas particularidades de cada região (LEITE, 2017). Porém, se um ente federado não cumpre com as suas obrigações, outro ente deve fazê-lo (SERRANO, 2012).

Cabe aos Municípios “[...] a execução dos recursos e ações em matéria de assistência à saúde” (SERRANO, 2012, p. 119) no âmbito de seu território, aplicando os recursos em saúde recebidos do Estado e da União. O município deve planejar as suas políticas de saúde e implementar as políticas nacionais e estaduais. Ainda, o município deve coordenar e gerir o SUS em nível municipal (Ministério da Saúde, 2019).

O ano de 1996 é o auge da descentralização e municipalização da Saúde no Brasil, com incentivos fiscais para isso. Porém, não houve transferência e nem compartilhamento de responsabilidades (perda de coesão nacional). Nos anos 2000, por sua vez, há uma retomada do papel do Estado e de outros entes federados, um Movimento de retomada de responsabilidades nas políticas públicas (informação verbal⁸²).

Quanto à União, o artigo 16 da Lei nº 8.080/90 prevê que cabe à União, em âmbito nacional, por meio do Ministério da Saúde, planejar, coordenar e normatizar o SUS, com cooperação dos demais entes (ele formula as políticas nacionais de saúde, mas não executa). Ainda, cabe promover a descentralização dos serviços e ações de saúde (LEITE, 2017). A União é o principal financiador da saúde no país.

O artigo 17 da Lei nº 8.080/90, por sua vez, prevê o dever dos estados de complementarem o planejamento, normatização e organização do SUS feito a nível

clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento do usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; análise de risco nos processos assistenciais; e utilização de dispositivos diversos de gestão do cuidado em saúde, visando garantir a integração das práticas e a continuidade assistencial (LAVRAS, 2011, p. 872).

⁸⁰ No sentido de conviverem estados ricos e pobres municípios de grande e pequena extensão territorial. Não apenas isso, conforme a região, há secretários de saúde que assumem ministério, enquanto outros mal escrevem o próprio nome, ao passo que tem cidade com mais de 1.000 unidades de saúde, e outras sem sequer um médico (LEITE, 2017, p. 54 apud BAPTISTA, 2007).

⁸¹ A organização do SUS é diferente nas diferentes regiões do país. A organização do SUS em SP, por exemplo, está bem avançada, inclusive em termos de informática. Enquanto isso, alguns municípios em Minas Gerais não têm sequer computador! (Informação verbal obtida em 18/04/2018 na Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”).

⁸² Informação verbal obtida em 15/05/2018 na Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

nacional, além de também promover a descentralização em saúde (LEITE, 2017). Aos Estados ainda cabe formular suas próprias políticas de saúde, aplicando as nacionais. Também coordena a organização e atendimento da saúde em seu território e planeja as ações de saúde em nível estadual, respeitando as normas federais (Ministério da Saúde, 2019).

Quanto ao orçamento do SUS, o artigo 198, §1º da Constituição Federal prevê que a responsabilidade em custear o SUS é solidária entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios; cada ente federado deve destinar recursos da seguridade social para promover a saúde (FARIAS, 2017). Por fim, a competência para legislar:

“[...] é concorrente, os Estados e os Municípios podem suplementar a legislação federal, adaptando e especificando as generalidades dos diplomas legislativos em razão do interesse local (BUHRING, 2016, p. 179 apud SCHWARTZ, 2004). Isto será abordado no próximo tópico.

3.5.5 Produção Normativa em saúde

O Estado se organiza para efetivar o direito à saúde por meio da criação de instituições e órgãos, como o Ministério da Saúde, Agências Reguladoras; Comissões; Conselhos de saúde, entre outros. Assim, como o direito à saúde deve ser prestado de maneira positiva por políticas públicas, é fundamental a atuação do Poder Executivo (AITH, 2017).

Essas políticas públicas são organizadas tendo por base normas constitucionais, legais e infralegais, em um excesso de produção normativa, o que pode tornar a política pública de saúde improdutiva e ineficaz (AITH, 2017), devido ao excesso de normas acaba existindo uma variedade enorme de interpretações em saúde (JORGE, 2017). E todas estas normas devem respeitar a Constituição Federal para não acabarem ferindo os direitos dos imigrantes.

O SUS possui problemas de legística (fazer leis), com princípios e conceitos muito vagos e abstratos, como “igualdade de acesso”, que podem, na sua interpretação, gerar conflitos (WERNER, 2017).

O excesso de produção normativa se dá, inclusive, no que diz respeito às normas jurídicas infraconstitucionais (que regulamentam as mais diferentes leis de saúde)

emanadas, por exemplo, por Conselhos Regionais e Federais de Profissionais de Saúde. Ou seja, as profissões regulamentadas possuem uma auto regulação, que é organizada por seus profissionais (VENTURA, 2015 apud AITH, 2006).

Para Jorge (2017), esse excesso é resultado de descontinuidade administrativa⁸³. O autor menciona que a administração pública tem um importante papel normativo, editando os regulamentos (normas gerais e abstratas), que são atos normativos secundários. Estes, porém, são muitas vezes ignorados pelos estudiosos do direito, que se apegam à lei em sentido estrito. Porém, estes atos que dirigem a atuação dos agentes administrativos que atuam diretamente com a população. Portanto, essas normativas acabam sendo mais importantes que as leis e a Constituição, quando as desconsideram, mas regulamentam as atividades dos diversos entes estatais.

As decisões do Executivo⁸⁴, Legislativo e Judiciário⁸⁵ moldam o direito à saúde no país (AITH, 2017). Quanto ao Poder Legislativo, destaca-se a elaboração de normas infraconstitucionais no tema de saúde. Estas, porém, devem respeitar o princípio da vedação ao retrocesso. Assim, não podem contrariar outras normas em saúde, mesmo outra norma infraconstitucional que tenha concretizado o direito à saúde, pois estariam ofendendo a Constituição Federal (LINS; ROSA, 2014).

O Poder Executivo detém, no sistema constitucional brasileiro, a iniciativa privativa de projetos que impliquem comprometimento orçamentário ou a estruturação de serviços públicos, com a contratação de pessoal com recursos públicos (CF, art. 61, §1º, II, *a, b e e*). Esse protagonismo especial incide sobre projetos de lei e medidas provisórias e, por força do poder regulamentar (CF, art. 84, VII), sobre as normas de organização dos serviços necessários à execução dos programas, na forma de decretos, portarias e outras disposições infralegais (BUCCI, 2017, p. 40).

As normativas em saúde são por demasiado extensas. O seu núcleo é formado pela Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90, além de portarias do Ministério da Saúde, das Secretarias Municipais e Estaduais e de outras instâncias colegiadas - as quais têm, inclusive, representantes dos usuários do SUS em sua composição (JORGE, 2017).

⁸³ A fragmentação do SUS manifesta-se de diferentes formas, mas principalmente: como fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerência dos serviços; como desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e, como desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos (LAVRAS, 2011, p. 871).

⁸⁴ Decisões administrativas podem ser de três tipos: o ato administrativo; o contrato e o regulamento (SOUSA, 2017).

⁸⁵ Por fim, a saúde é um direito subjetivo pois permite ao cidadão ou à coletividade agir quando este for violado, levando sua demanda ao Poder Judiciário (AITH, 2017), o que não é objeto deste trabalho.

O Ministério da Saúde edita as Normas Operacionais, sendo o gestor em âmbito federal. Em âmbito estadual temos as Secretarias de Saúde Estaduais e em âmbito municipal as Secretarias de Saúde Municipais.

O Conselho Nacional de Saúde, órgão colegiado composto por usuários, profissionais de saúde, por exemplo, também é responsável pela produção normativa em saúde, por meio de resoluções (JORGE, 2017).

Quanto às normas sanitárias, estas estão espalhadas em diversas áreas do direito, como constitucional e administrativo, sendo uma área interdisciplinar (DAVIES, 2006). Deve-se reconhecer que os componentes extrajurídicos, como o momento em que uma norma foi criada, exercem importante influência na criação de uma norma: as instituições não são neutras (DUARTE, 2017).

Isso quer dizer que é extremamente importante, na construção da política de saúde, compreender a dinâmica das instituições maiores que a sustentam, como as normas legais que regulam direitos (leis, decretos etc.), a estrutura organizacional geral do sistema de saúde, o formato da relação entre os entes da federação, dentre outras (FLEURY; OUVRENEY, 2008, pp. 33-34).

Assim, pode-se vislumbrar que os direitos fundamentais necessitam de normas infraconstitucionais para que sejam plenamente efetivos (LINS; ROSA, 2014) e a atuação do Poder Executivo, por meio da normatização infralegal, é um dos fenômenos importantes na efetivação do direito à saúde da maioria dos usuários (MONTEIRO, 2017). A execução das políticas públicas se dá no plano microinstitucional (BUCCI; DUARTE, 2017).

Ainda assim, as normas infralegais em saúde são pouco estudadas pelos juristas, de acordo com Monteiro (2017), ainda mais quando dirigidas aos imigrantes.

3.5.6 Dificuldades do SUS

Uma das dificuldades encontradas pelo SUS é consequência da mudança do perfil de doenças da população⁸⁶. A população mundial muda seu perfil demográfico e

⁸⁶ Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Assim, ao se discutir uma proposta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira. A situação de saúde dos brasileiros é analisada nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos. Do ponto de vista demográfico, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada. A população brasileira, apesar de baixas taxas de fecundidade, vai continuar crescendo nas próximas décadas, como resultado dos padrões de fecundidade anteriores. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens¹. Uma população em processo rápido

epidemiológico (MENDES, 2010). A população brasileira vem envelhecendo e apresentando mais problemas de doenças crônicas, pelo avanço da medicina e sobrevivência de pacientes portadores de doenças infectocontagiosas e crônicas degenerativas (LAVRAS, 2011).

Nesse sentido, os sistemas de saúde devem acompanhar a tendência de diminuição dos problemas de saúde agudos e aumento das condições crônicas. Porém, têm falhado em fazê-lo (MENDES, 2010) e exige mudanças complexas no SUS, o qual ainda está mais preparado para atender às condições agudas. Essa mudança envolve o desenvolvimento de práticas de autocuidado e garantia de continuidade assistencial, um desafio enfrentado pelo SUS, que é um sistema fragmentado e que dificulta o acesso, colocando em risco o princípio da integralidade: “o SUS não dá conta de responder adequadamente às exigências colocadas por esse quadro de necessidades de saúde” (LAVRAS, 2011, p. 871).

O acesso universal ao SUS também encontra na prática desafios de equidade (princípio do SUS explicado neste capítulo), mesmo embora a previsão da Constituição Federal de 1988 seja de acesso universal. As discriminações positivas no sentido de políticas focalizadas poderiam ser uma maneira importante de enfrentar estes desafios de equidade (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO-JUNIOR, 2005), em especial quando se trata da população imigrante.

Fazer com que a população se aproprie de forma equitativa dos direitos sociais não é uma tradição da cultura brasileira (COHN, 2006)⁸⁷: A busca pela equidade é muito difícil. Como exemplo, a Professora Adriana Ruzene dispõe, em sua experiência, sobre a “2ª porta de entrada no SUS”, por exemplo, ser ‘amigo de alguém’ (informação verbal⁸⁸).

de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas por que essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade. Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2008 mostram que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos duas, uma das doze doenças crônicas selecionadas² (MENDES, 2010, p. 2298).

⁸⁷ Nesse cenário, as políticas compensatórias asseguram condições mínimas de sobrevivência a quem perde a capacidade de gerar renda suficiente para seu sustento. Já as políticas de redução de pobreza são temporárias e são seletivas (discriminação positiva) (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO-JUNIOR, 2005).

⁸⁸ Informação verbal obtida em 28/06/2018 na palestra “Atenção Primária no Contexto das Redes de Atenção no SUS”, proferida por Adriana Ruzene, como parte da Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

Para alguns, as ações sociais promoveriam justiça social, mas para outros, elas violariam o princípio da equidade (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO-JUNIOR, 2005). Para que se obtenha justiça social, devem-se compensar as desigualdades sobre a população mais vulnerável socialmente (LEITE, 2017), e aqui se encontra grande parcela dos imigrantes no país.

Dessa maneira, pela própria constituição o SUS encontra muitos desafios em sua efetiva implementação, pois a saúde pública ainda não consegue atender a todos e o setor privado, fundamentado em regras contratuais, possui suas próprias regras de exclusão (BAPTISTA, 2007). Porém, o SUS ainda é o sistema que responde melhor às necessidades de saúde e evita a mercantilização da doença (LAURELL, 2016).

Deve-se lembrar que o direito à saúde é uma conquista de movimentos sociais (como o sanitarista) e que segue a luta para implementá-lo (BAPTISTA, 2007), nem sempre o Estado esteve tão preocupado com a saúde de seu povo (BUHRING, 2016): “O SUS é resultado de um processo histórico riquíssimo [...]” (WERNER, 2017, p. 260).

3.6 Qualidade em saúde pública

3.6.1 Histórico de qualidade no país

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimulou o uso de práticas avaliativas a partir da declaração de Alma Ata, quando a avaliação passa a ser incluída como um componente no processo de gestão da saúde. Isso chegou tardiamente ao Brasil, devido a alguns motivos: existência de um Estado brasileiro autoritário nos anos 1980; políticas sociais focalizadas e residuais; população que não exigia responsabilidade e transparência nas políticas públicas (AKERMAN, 2015).

A partir de 1970 começaram a se constituir, como parte da vigilância sanitária, estruturas para análise de medicamentos e materiais, a exemplo da *Food and Drug Administration* (FDA), que avalia eficácia, segurança e qualidade dos medicamentos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi criada no Brasil em 1999 e segue este modelo (AKERMAN, 2015).

A Constituição de 1988, incluindo a saúde no rol dos direitos sociais, e a criação do SUS, regulamentado em 1990 iriam mudar este cenário, e a avaliação passou a despertar interesse (AKERMAN, 2015).

Devido a problemas iniciais de financiamento do SUS, este passaria a contar com financiamento do BIRD e BID, os quais dispõem como exigências contratuais de avaliação de alguns programas sociais. Isto influenciou a inserção de práticas avaliativas no próprio SUS. As avaliações eram vistas como uma forma de qualificação (AKERMAN, 2015).

A interação entre o campo científico e o burocrático na avaliação em saúde são intrincados e, no início do século XXI, as avaliações em saúde passam a ser protagonizadas pelo Ministério da Saúde, utilizando pessoal próprio e fomentando a participação de universidades por meio de editais. Na década de 1990 o financiamento se dava, principalmente, por meio de contratação de consultores, por meio de previsão contratual dos organismos financiadores (AKERMAN, 2015). Assim a preocupação com a avaliação no campo científico começa a partir dos anos 1990, com aumento significativo na década seguinte, por meio de financiamento do MS e do BM (AKERMAN, 2015).

O campo científico e o burocrático (SUS, em suas diversas esferas), se articulariam para realizar diversas atividades de avaliação de intervenções sanitárias. Exemplos dessa colaboração são o Pmaq e o Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf). Essa colaboração teria como origem histórica a Lei Orgânica da Saúde (1990), que cria o SUS, devendo-se considerar também a criação do Grupo Técnico de Monitoramento e Avaliação de Programas e Políticas de Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2006) (AKERMAN, 2015).

Conclui-se que a constituição do espaço de avaliação em saúde no Brasil ocorre como um encontro entre agentes científicos, burocráticos e políticos, estimuladas por instituições internacionais, mas vinculadas ao SUS (AKERMAN, 2015).

3.6.2 Importância da qualidade em saúde

Importantes características na avaliação são a produção de informação e conhecimento, para uma tomada de decisão mais consciente⁸⁹ em saúde. Para isso, deve-

⁸⁹ Donabedian dispõe sobre a importância da noção de qualidade e dos “sete pilares da qualidade” (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade) (AKERMAN, 2015).

se considerar no Brasil o histórico da avaliação e a institucionalização da avaliação acima mencionados (AKERMAN, 2015).

A utilização da tecnologia nos sistemas de saúde (que consistem em medicamentos, equipamentos, procedimentos e sistemas organizacionais de suporte e, de uma forma mais geral, todas as formas de conhecimento que podem ser utilizadas para resolver ou abrandar problemas de saúde) depende das características técnicas e políticas dos mesmos, o que por sua vez é determinado pelo desenvolvimento científico de um país e por suas características econômicas e sociais, pelas formas de acesso ao sistema de saúde e pelo perfil dos profissionais de saúde (AKERMAN, 2015).

Nas últimas décadas se presenciou grande inovação tecnológica na área da saúde, o que gera mudanças no perfil médico e do profissional de saúde. Assim, a avaliação das tecnologias em saúde é um campo multidisciplinar e que ajuda a melhorar a equidade e o acesso aos serviços de saúde (AKERMAN, 2015).

A avaliação de uma tecnologia pode ser feita em qualquer momento de seu ciclo de vida, seja ele inovação, difusão inicial, incorporação, ampla utilização e abandono, sendo diferentes os aspectos avaliados em cada um desses momentos. Por exemplo, antes da entrada da tecnologia no mercado, se avalia sua segurança e eficácia. Já na fase de abandono, se avalia os potenciais de se substituir por outra tecnologia. É importante compreender estas fases, a fim de avaliar políticas de saúde próprias para cada uma delas. O que deve ser avaliado na tecnologia em saúde são as propriedades técnicas; segurança clínica/ efeitos adversos; eficiência; utilidade; qualidade; atributos ou impactos econômicos; impactos sociais, legais, éticos e políticos (AKERMAN, 2015).

A ANVISA é a responsável por regular, controlar e fiscalizar bens e serviços que envolvam riscos à saúde, regulando também, desde 2000, os preços dos medicamentos (AKERMAN, 2015).

Embora atualmente a população apresente mais expectativas quanto à saúde, os recursos, por sua vez, são cada vez mais escassos. Por isso, é necessário fazer escolhas (as novas tecnologias seriam as principais causas do aumento de gastos em saúde). Daí a necessidade de avaliação econômica em saúde. Ela seria mais necessária para os tomadores de decisão em saúde, mas é importante seu conhecimento por todos os profissionais da área (AKERMAN, 2015).

Avaliação econômica, por sua vez, é definida como a escolha entre dois cursos de ação alternativos em saúde, analisando os custos e as consequências (benefícios/resultados) de cada ação. Vale a pena pagar o custo adicional pela consequência adicional? Assim, baseia-se no custo de oportunidade, valor atribuído à melhor alternativa e a renúncia feita ao que não foi escolhido (AKERMAN, 2015).

As avaliações econômicas podem ser parciais ou completas. As parciais descrevem apenas uma alternativa ou custo, e podem ser uma etapa necessária para a avaliação completa. Já a completa avalia a oportunidade e a adequação da intervenção ou programa, com base na comparação entre os custos de sua implementação e os benefícios derivados da mesma (AKERMAN, 2015).

Muitos países, como a Austrália, exigem esse tipo de avaliação para a tomada de decisão em saúde. Esse tipo de avaliação é criticado, porém, pois não levaria a uma visão abrangente de todos os aspectos, como, por exemplo, a interação daquela tecnologia com as outras existentes. Para melhor uso dessa ferramenta, os profissionais devem estar capacitados para fazerem avaliações econômicas (AKERMAN, 2015).

No Brasil, o PMAQ- Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade é um exemplo da tentativa de melhoria da qualidade em saúde (AKERMAN, 2015).

3.7 Conclusões Parciais

Neste capítulo, estudamos que o conceito de saúde muda ao longo do tempo, assim como a previsão constitucional de saúde e a forma de proteger este direito. A saúde é um conceito vago e em construção e a implementação do SUS no Brasil foi fruto de movimentos sociais e de um processo histórico riquíssimo.

Embora existam diversos interesses em saúde, o SUS ainda parece ser o sistema capaz de melhor atender aos anseios da população em saúde e de promover a equidade, a discriminação positiva (política focalizada)⁹⁰ é uma importante maneira de realizar ações em saúde (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO-JUNIOR, 2005) e corrigir o acesso desigual.

⁹⁰ O Programa de Saúde da Família (PSF) pode ser uma maneira de promover maior acesso à saúde, por meio da discriminação positiva e reconhecendo as dificuldades de acesso à saúde dos diversos segmentos da sociedade (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO-JUNIOR, 2005).

Neste cenário, deve-se destacar, ainda, que políticas são escolhas, a saúde está inserida no campo das políticas sociais, e, em meio a tantos conceitos, compreensões e expectativas diferentes sobre o que esperar em saúde, os governantes devem escolher entre quais ações priorizar, nenhuma decisão é neutra.

Existem maneiras de aperfeiçoar as decisões públicas em saúde: buscando-se aplicar o princípio da equidade do SUS; buscando desenvolver ferramentas de qualidade, as quais aperfeiçoam as decisões em saúde e, por último, buscando efetivar o princípio da participação popular.

Assim, se políticas são escolhas e abrangem diferentes conceitos e expectativas em saúde, é fundamental que a população leve ao Poder Executivo quais os seus anseios e necessidades locais em saúde. O SUS, por constituir em um sistema hierarquizado e descentralizado, dá grande importância às decisões locais e às necessidades locais em saúde.

A participação democrática é ainda mais fundamental em um cenário de excesso de produção normativa em saúde, o que pode levar à confusão dos aplicadores da norma, profissionais do SUS, usuários e colaboradores.

Embora o SUS passe por muitas dificuldades, como mudança de perfil da população e por desafios de equidade, estes podem ser melhor debatidos se a população ocupar os espaços que lhe são garantidos, pelo princípio da participação popular do SUS. Somente dessa maneira a população pode levar suas demandas em saúde ao poder público e vê-las concretizadas. Assim, pode-se observar que é importante para o acesso à saúde, que os usuários do SUS tenham conhecimento de seu funcionamento e dos seus direitos, daí o objetivo deste capítulo, para facilitar o acesso aos imigrantes.

Duarte (2017) esclarece a importância de fortalecer a atuação local da saúde e lembra que o SUS tem base democrática e transparente. É fundamental a participação popular para fixar objetivos em saúde e no controle dos serviços. Questiona-se, se a atuação de imigrantes é dificultada, como se atendem aos seus direitos particulares? Eles não podem votar, como eleger seus representantes políticos? Afinal, Werner (2017) lembra bem que o processo político impacta na saúde. Esse questionamento será discutido nos capítulos seguintes.

CAPÍTULO 4 – INTERCULTURALIDADE E O ACESSO À SAÚDE

Nos capítulos anteriores tratamos sobre migração e sobre saúde. Este capítulo tem como função reunir as duas temáticas abordadas nos capítulos anteriores, tratando a saúde do imigrante internacional no Brasil a partir de casos concretos e sob o ponto de vista de relatos aos quais essa pesquisadora teve acesso.

4.1 Transtornos relacionados à imigração e interculturalidade

Este tópico tem como função narrar vivências de imigrantes em saúde de forma que, a partir dessas vivências, possamos retirar exemplos de boas e más práticas em saúde relacionadas à migração. Essas experiências foram relatadas em eventos sobre o tema indicadas na Introdução deste trabalho, como também foram retirados da bibliografia analisada.

4.1.1 Biomedicina *versus* medicina tradicional em Moçambique

Primeiramente faz-se um breve relato sobre a medicina em Moçambique, descrita pelo Prof. Dr. Fernando Mitano, para que depois se possa refletir sobre interculturalidade em saúde. Existe em Moçambique uma dualidade entre a medicina convencional (práticas de curandeiros) e a biomedicina (técnicas convencionais). A medicina praticada pelos curandeiros é a mais utilizada e aquela que atende toda a população, enquanto a medicina tradicional não o faz (informação verbal⁹¹).

Por isso, para discutir direito à saúde em Moçambique deve-se falar em acessibilidade, pois a desigualdade social em Moçambique se reflete na saúde, assim

⁹¹ Informação verbal obtida em 03/05/2018 na Palestra “Direito à saúde e a incongruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde: a experiência de Moçambique”, proferida pelo Prof. Dr. Fernando Mitano como parte da Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

como no Brasil, onde os ricos têm maior acesso aos serviços de saúde (informação verbal⁹²).

Outras dificuldades de acesso à saúde em Moçambique, como destacado pelo Professor Fernando, são acessibilidade econômica; de informação e questões culturais na entrada do atendimento (Moçambique tem valores culturais diferentes dependendo das regiões - deve-se buscar alocar profissionais adequados e que aceitem essas realidades diferentes). Percebe-se que os valores e costumes interferem no sistema da cura. Nesse sentido, as informações biomédicas forçadas, em detrimento do tratamento por curandeiros, podem trazer traumas no atendimento e afastar a população dos serviços de saúde, uma vez que não condiz com o que é culturalmente esperado pela população. Portanto, deve-se considerar as crenças do paciente para conseguir tratá-lo (informação verbal⁹³).

Segundo o Professor Fernando Mitano, os refugiados do Congo em Moçambique também impactam nos serviços de saúde. Eles possuem uma dificuldade de acesso adicional, que a população Moçambicana não enfrenta, pois eles chegam aos grandes centros e muitas vezes têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde e por vezes de ir aos hospitais, porque estão distantes. No entanto, são ajudados pela população, pelo Estado e pela ACNUR (informação verbal⁹⁴).

O palestrante moçambicano conclui que existe uma grande importância da participação democrática da população em saúde, criando espaços para que a população participe, buscando criar sinergias entre a população e o serviço de saúde. Essa participação democrática existe no Brasil. Assim, o acesso à saúde envolve construção de consciência coletiva, seja da população, do governo ou legislativo. Deve existir uma discussão coletiva em saúde e não apenas individual (informação verbal⁹⁵).

4.1.2 Alienação Parental nos Estados Unidos

⁹² Informação verbal obtida em 03/05/2018 na Palestra “Direito à saúde e a incongruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde: a experiência de Moçambique”, proferida pelo Prof. Dr. Fernando Mitano como parte da Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

⁹³ Idem p. 109.

⁹⁴ Idem, p. 109.

⁹⁵ Ibidem, p. 109.

Uma psicóloga relatou um caso ao qual teve contato trabalhando com atendimento a imigrantes nos Estados Unidos: uma jovem, cigana e imigrante, tinha dois filhos com um estadunidense branco. Porém, o marido a separou de seus filhos e os criou sozinho. Após um tempo o pai morreu, deixando os filhos. Por isso, a mãe foi contatada para que se tentasse uma reaproximação com suas crianças. A profissional em questão pôde acompanhar essa experiência e narra ter sido um reencontro muito difícil. Isto ocorreu, principalmente, devido aos preconceitos da avó paterna com a mãe e com a filha, as quais possuíam traços culturais diversos dos seus.

Por isso, a mãe sofreu muito. A profissional não sabe o que ocorreu depois do reencontro, pois somente teve esse primeiro contato de reaproximação, que a marcou muito, por ver o sofrimento de uma mãe, afastada dos filhos por muitos anos, e sofrendo também pela postura preconceituosa da avó paterna, devido aos seus traços de cigana (informação verbal)⁹⁶.

Esse relato demonstra como o choque cultural atua na saúde (em especial na saúde mental) das pessoas envolvidas, o que corrobora a informação de que os imigrantes são afetados pelo estresse de aculturação.

4.1.3 Traumas de guerra de jovens árabes na Alemanha

Uma jovem profissional relata que fez um trabalho voluntário pela escola Waldorf na Alemanha. Ela atendia a imigrantes em uma escola para pacientes com problemas de saúde mental. Ela relata o caso de um jovem árabe que fugiu da guerra em seu país. Esse jovem, porém, deixou a sua família para trás. A profissional relata diversos complicadores neste caso, dentre eles, o preconceito de jovens ‘sem problemas mentais’, recebidos por uma instituição de ‘saúde mental’. O jovem dizia que não tinha problemas mentais, não entendia porque foi recebido naquela instituição. Outro fator complicador é que a profissional não era psicóloga, e, por isso, teve dificuldades em enquadrar o caso, mas ela pensa que se tratava de estresse pós-traumático. Ainda, outro problema foi o motivo que

⁹⁶ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

influenciou o deslocamento do jovem: seu tio era do Talibã e já tinha agredido o jovem diversas vezes, para força-lo a entrar para o Talibã (informação verbal)⁹⁷.

Apesar dos fatores complicadores acima narrados, o jovem se sentia confortável para se abrir com essa profissional. Ela narra que o problema do garoto era não conseguir se dissociar de seu país e situação de origem. Por isso, em um ano ele não aprendeu a falar alemão. O jovem era muito preocupado com a sua família, que ‘ficou para trás’. Por vezes ele perdia a conexão com eles por computador, pois a aldeia em que moravam era bombardeada. Segundo a Profa. Sylvia Dantas, neste contexto é completamente natural que ele não se dissociasse de sua origem (informação verbal)⁹⁸:

É verdade que me sinto culpado por estar aqui, a salvo, enquanto meus pais, meus irmãos gêmeos e minha irmã vivem debaixo de um dilúvio de bombas. Sou constantemente assaltado por imagens, barulhos de guerra que não querem desaparecer. Em Martigné, cada vez que ouço caças cruzando o céu, é a angústia do bombardeio que renasce. No começo, tapava os ouvidos, ficava paralisado de medo. Vou precisar de tempo para esquecer tudo isso (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017, p. 121).

A profissional narra um incidente, quando o grupo foi passar o dia na praia e ele permaneceu ansioso o dia todo, angustiado e queria ir embora. Posteriormente, revelou que estava com medo de bombardeio e acabou ‘puxando uma briga’ com outros meninos (informação verbal)⁹⁹.

Este é outro relato que demonstra a situação vulnerável de imigrantes, deslocados e refugiados e o impacto do deslocamento na sua saúde.

4.1.4 Relatos sobre interculturalidade no Brasil

a) Crianças imigrantes

⁹⁷ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

⁹⁸ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

⁹⁹ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

Um outro relato é aquele de crianças imigrantes de 5 e 6 anos que se transformam em tradutoras de adultos nas Mesquitas. Para a Professora Sylvia Dantas, esse acontecimento é comum (informação verbal)¹⁰⁰.

Relatou-se também um caso que aconteceu com uma professora em um trabalho de apoio pedagógico. Uma criança de 5 anos, refugiada síria, que faz o curso há 3 meses e compreende a língua portuguesa. Porém, ela não se manifesta e não interage com as outras crianças (palestinas, congolezas, entre outras) do curso, ela somente interage com a Professora (por meio de atividades manuais). Para a Dra. Sylvia Dantas, a Professora que narrou a história pode estar fazendo uma ponte com a outra cultura, pois está demonstrando interesse na criança síria: conversando com sua mãe e interagindo (informação verbal)¹⁰¹.

Essa mesma criança, na Mesquita (em sua comunidade) interage com os demais. Para Sylvia Dantas, a criança pode estar esperando para interagir quando conseguir falar o português corretamente. Algumas crianças têm um alto grau de exigência consigo mesmas e somente se manifestam quando atingem um bom grau de conhecimento da língua.

Este caso demonstra que a professora atuou como uma mediadora cultural. Por isso, muito importante a formação intercultural dos profissionais de saúde, assim como da educação, como no caso narrado.

b) Religião, preconceitos e saúde

Foi relatado o caso de um árabe (egípcio) muçulmano em Ribeirão Preto que, em atendimento no SUS, foi acompanhado de uma amiga muçulmana. Esta contou que o homem estava com sintomas de dissociação e desistiu de ser atendido por vários motivos, dentre eles, pelo fato de ter sido atendido por mulheres médicas, o que lhe incomodou, pois é contra sua religião e cultura (Islam). Ainda, porque as médicas - quando sabiam

¹⁰⁰ Informação verbal fornecida em 25/11/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹⁰¹ Informação verbal fornecida em 25/11/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

que ele era muçulmano, faziam alusão ao porte de bombas. Ele sentiu que estavam fazendo piada e desistiu do tratamento¹⁰².

Foi também narrado o caso de um refugiado árabe muçulmano que veio para o Brasil com sua esposa. A família se separou e a mulher foi para Manaus e lá veio a falecer. O homem, por sua vez, ficou doente e quando chegou nos serviços de saúde, não entendeu o tratamento. Tanto o marido quanto a esposa tiveram dificuldades de acessar tratamento adequado no Brasil, não pela inexistência ou indisponibilidade do serviço, mas pela impossibilidade de sua prestação adequada, seja devido a dificuldades no transporte, ou pelo não entendimento do idioma (língua)¹⁰³.

Este caso evidencia uma outra dificuldade encontrada na maioria das cidades do Brasil, nas quais não existe uma triagem de saúde para os refugiados que chegam ao país¹⁰⁴.

c) Saúde mental e imigração

Uma profissional da Missão Paz na cidade de São Paulo relatou um caso que, para ela, infelizmente, faz parte da sua rotina de trabalho. Envolveu um imigrante negro, haitiano, que chegou à Missão Paz muito feliz e sorridente e sempre mostrando com orgulho fotos de sua família, que não veio para o Brasil. Após algum tempo, ele lhe relatou que conseguiu emprego em uma outra região do país e se mudou de São Paulo.

Um ano depois ele retornou para a cidade: estava magro e irreconhecível. A profissional narra que ele se degradou muito rapidamente e perdeu a sua felicidade. Além disso mancava. Ela o reconheceu apenas pelas fotos da família que ele mostrava, mas não mais com orgulho. Com ajuda de outra profissional que trabalha com imigrantes, conseguiu achar um local para ele ficar. Porém, ele fugiu. Posteriormente, ela e outra funcionária da Missão Paz foram contatadas para identificar o seu corpo. Este é um caso

¹⁰² Informação verbal fornecida em 07/11/2018 no “II Ciclo de Debates sobre Processos Psicológicos e Culturais em Temas Emergentes: Islam e Direitos Humanos”, de 06 a 07 de novembro de 2018.

¹⁰³ Informação verbal fornecida em 07/11/2018 no “II Ciclo de Debates sobre Processos Psicológicos e Culturais em Temas Emergentes: Islam e Direitos Humanos”, de 06 a 07 de novembro de 2018.

¹⁰⁴ Informação verbal fornecida em 07/11/2018 no “II Ciclo de Debates sobre Processos Psicológicos e Culturais em Temas Emergentes: Islam e Direitos Humanos”, de 06 a 07 de novembro de 2018.

triste que, para ela, mostra a deterioração da saúde mental de um imigrante em um curto período de tempo (informação verbal)¹⁰⁵.

O relato acima é corroborado por reportagem do Jornal El País (2019), que narra pesquisa que dispõe que as doenças que mais acometem os imigrantes são:

[...] a dor nos ossos e articulações, problemas por exposição a substâncias químicas, depressão e estresse. “Identificamos uma quantidade significativa de doenças mentais, o que poderia ser o resultado de múltiplos fatores, como o isolamento, as más condições de vida e de trabalho, e estar longe de suas famílias”, observa Hargreaves (EL PAÍS, 2019, p. 01).

Portanto, dispõe pela necessidade de garantir o acesso à saúde de maneira a efetivar os direitos dos imigrantes, uma vez que:

“Uma coisa que estamos vendo na Europa, em países com sistemas de saúde financiados com impostos, é que estão se tornando cada vez mais restritivos e procuram dissuadir os migrantes de acessarem o sistema nacional de saúde, especialmente aqueles em situação irregular” (EL PAÍS, 2019, p. 01).

Assim, este é outro relato que demonstra como a saúde dos imigrantes, deslocados e refugiados é uma condição que merece a atenção do poder público.

d) Traumas de guerra

Uma profissional que trabalha com imigrantes relatou o caso de um sírio que fugiu da guerra e veio para o Brasil. Ele trabalhava com construção civil na cidade de São Paulo, capital. Estava tão traumatizado pela guerra, o que pode ser identificado com estresse pós-traumático, que um dia ouviu algo cair da construção onde trabalhava. Pensando ser uma bomba, morreu de infarto (informação verbal)¹⁰⁶.

Nesta narrativa, devemos refletir sobre os impactos psicológicos e físicos do deslocamento na saúde.

e) Vulnerabilidade e sensibilidade

¹⁰⁵ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹⁰⁶ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

Este é o relato de uma professora que dá aula de letras no Curso para Refugiados no Senac. Ela conta que tinha um aluno imigrante nigeriano que sempre chegava atrasado à aula, não se importava com o curso e era displicente. Ele sempre ‘pedia presença’, e ela dava, sensível à sua condição. Porém, seu superior a orientou a não fazer mais isso, pois caso ele cometesse algum crime, ela teria lhe dado um ‘álibi’.

Ocorre que esses alunos precisam de presença na aula, para ganhar o passe de ônibus. Na aula seguinte, ela não deu presença para o aluno, que chegou novamente atrasado e lhe disse que ele teria que chegar pontualmente para merecer a ‘presença’. O aluno ficou bravo e não foi mais à aula. Uma outra professora do curso relatou que já teve esse problema com outro aluno. Sugeriu dar a presença, marcando o horário de chegada do mesmo (informação verbal)¹⁰⁷.

f) Preconceito e assimilação

Uma aluna do Curso de Extensão feito na UNIFESP relata que é imigrante angolana e veio ainda muito criança para o Brasil na condição de refugiada da guerra de 1975, junto com sua família. Ela narra que seu pai fala várias línguas. Ela, porém, sofria preconceito por se vestir e falar diferente, quando criança. Por isso, hoje, adulta, ela tem dificuldades de falar outra língua, pois ‘bloqueou’ seu aprendizado para línguas. Porém, está aprendendo agora, buscando superar esta dificuldade (informação verbal)¹⁰⁸.

Aqui podemos retomar os conceitos de multiculturalidade e interculturalidade estudados nos capítulos anteriores e concluir que esta aluna imigrante não cresceu em uma comunidade que promoveu o encontro plural de culturas diferentes. Isto impactou na vida adulta da aluna.

g) Condições de trabalho, maternidade e sofrimento

¹⁰⁷ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹⁰⁸ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

Uma psicóloga relata que foi chamada em um hospital público em São Paulo para atender a uma imigrante venezuelana e ‘liberar o leito’ que ela ocupava. Quando chegou, viu uma mãe que não soltava o seu bebe (morto) e estava muito assustada. Após uma abordagem e após conversar bastante com a mãe, ela conseguiu admiti-la no atendimento. Porém, isso não era o que os profissionais de saúde queriam, eles queriam ‘liberar o leito’. Após muito tempo ela conseguiu descobrir o que aconteceu e fazer a mãe largar o seu bebe morto: a mãe era uma costureira em uma oficina em São Paulo. Ela trabalhava e seu bebe dormia ao seu lado. Porém, ela não reparou que a criança sufocou e morreu. Ela levou o bebe ao hospital, mas ele já estava morto (informação verbal)¹⁰⁹.

A imigrante não queria largar seu bebe. Por isso, os profissionais de saúde do local chamaram a psicóloga, uma vez que eles não sabiam como agir no caso e queriam liberar o leito logo. A psicóloga descobriu o motivo da mãe não querer largar seu bebe: ela tinha medo de voltar para a oficina de costura e ser espancada pelo seu marido e pelas colegas de trabalho (informação verbal)¹¹⁰.

A psicóloga disse que fez um trabalho muito bom com a mãe, conseguiu dar-lhe um banho; separou-a de sua criança morta e contatou os policiais para levarem-na de volta (informação verbal)¹¹¹. Ela relata que os demais profissionais de saúde que estavam naquele atendimento não sabiam como lidar com essa imigrante (informação verbal)¹¹² e que nesse tipo de atendimento sempre fica ‘mal vista’ pelos mesmos, pois eles queriam liberar rapidamente o leito.

h) Preconceito, maternidade e o sistema de justiça

¹⁰⁹ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹¹⁰ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹¹¹ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹¹² Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

Uma profissional (assistente social) que trabalha com imigrantes na Missão Paz relatou o caso de uma mulher imigrante árabe, com quem já tinha tido contado. Por isso, uma juíza de uma Vara de Família de São Paulo chamou esta profissional em seu gabinete para conversar, pois ela não entendia o caso e nem o que a imigrante queria dizer, a Magistrada não sabia se a mulher possuía algum distúrbio psicológico (*loucura*) (informação verbal)¹¹³.

Tratava-se de uma denúncia e de um processo movido pelo Ministério Público para tirar os filhos da mulher, pois ela teoricamente seria prostituta (informação verbal)¹¹⁴. A juíza não compreendia a imigrante quando perguntava quem pagava suas contas e a mesma respondia: ‘o homem bom’. Era por isso que todos achavam que ela seria prostituta (informação verbal)¹¹⁵.

A assistente social conhecia o caso, e contou que o ‘homem bom’ era um dos benfeitores da Mesquita, e que não queria ser identificado (informação verbal)¹¹⁶.

i) Ensino e interculturalidade

Uma professora narra uma situação que a fez se sentir muito mal. Ela dava aulas para uma criança imigrante árabe. A professora usava óculos e ela foi chamada pela coordenadora, pois a mãe da criança não queria mais que sua filha tivesse aulas com ela, pois ela ‘enxergava mal’ (informação verbal)¹¹⁷.

¹¹³ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹¹⁴ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹¹⁵ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹¹⁶ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹¹⁷ Informação verbal fornecida em 21/10/2017 em uma Dinâmica em Grupo no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da

A professora pareceu se sentir incomodada pois não houve uma mediação cultural no encontro entre professor e aluno, o que causou estranhamento e prejuízo para ambos.

j) Preconceito e o nacional estrangeiro

Este é um relato de um caso de encontro com outra cultura. Um professor brasileiro de origem indígena foi dar aula em um curso. Ligaram para o núcleo que coordenou o curso e questionaram “tem um índio aqui, o que fazemos com ele?”. Destaque para o fato do professor ser brasileiro (informação verbal)¹¹⁸.

Outro relato que aborda a temática sobre convívio multicultural.

k) A saúde como motivação para a Imigração

Becker e Borges (2015) realizaram um estudo com algumas famílias imigrantes no Brasil. Dentre estas, descrevem uma família de imigrantes bolivianos, composta pelo genitor (representante comercial e consultor de *software*, com 39 anos à época da pesquisa); genitora (professora de inglês e consultora de *software*; também com 39 anos à época da pesquisa); dois filhos: um nascido em 2003 e diagnosticado com uma doença genética (chamado pelos pesquisadores de F6) e o outro, com 08 anos à época da pesquisa. O interessante quanto à esta família é que ela viajou para os Estados Unidos em 2008 a fim de descobrirem a deficiência de F6 e, após o diagnóstico deste, mudaram-se para o Brasil, com a finalidade de que F6 obtivesse tratamento, uma vez que o medicamento recomendado não estava disponível na Bolívia. Portanto, trata-se de imigração por motivos de saúde. Porém, os autores não esclarecem se o atendimento seria feito na rede pública ou privada.

l) Retomando “Joude”

Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹¹⁸ Informação verbal fornecida pela Professora Ligia F. Ferreira em 11/11/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

Relembrando a narrativa inicial do capítulo 2, sobre Joude, um refugiado que foi recebido junto com outras famílias de refugiados na pequena cidade de 2500 habitantes de Martigné- Ferchaud (França), devemos dispor que o prefeito daquela pequena cidade, Pierre Jégu, fez de tudo para oferecer as melhores condições de integração aos novos habitantes. Joude narra, ainda, que a associação Cáritas também prestou assistência e levou bicicletas para as crianças. Sobre a experiência (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017):

Em setembro, ficamos sabendo através de Gwenaelle que receberemos 421 euros por mês da Caixa de Alocações Familiares. Estamos maravilhados com as ajudas sociais que o Estado francês fornece a seus cidadãos, algo completamente inconcebível para nós: a previdência social, a saúde pública, o RSA – uma espécie de bolsa-família -, os auxílios-moradia, a ajuda para os SDF. Nada disso existe na Síria, que se pretende uma república socialista (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017, p. 114).

Dos 60 vilarejos agrupados ao redor da cidade de Vitré, Martigné-Ferchaud foi o único a se oferecer para receber refugiados. Tinham nos falado de islamofobia, rejeição aos imigrantes, desconfiança... Mas, aqui, nunca vimos nada disso (JASSOUMA; CAMBRONNE, 2017, p. 120).

Retomou-se esta narrativa, neste momento, para mostrar a importância das políticas públicas de saúde e assistência para imigrantes no país de acolhimento.

m) Retomando “Bonis”

Repise-se que Bonis (2017) relata sobre o campo de Idomeni, na fronteira com a República da Macedônia. Este era amparado por uma clínica móvel do Médicos sem Fronteiras (MSF), que oferecia suporte médico e psicológico aos refugiados. Porém, realizavam apenas um atendimento primário em saúde, encaminhando pacientes em estado mais grave para os hospitais gregos. Para o autor, era uma situação complicada, uma vez que os hospitais gregos careciam de recursos. Mesmo assim estes hospitais atendiam bem os refugiados, e o MSF fornecia mediadores culturais para o atendimento, uma vez que, por vezes, os refugiados sequer conseguiam se comunicar.

O autor descreve que, em um momento seguinte, a atuação do MSF passou a ser também de nível secundário em saúde, junto com os hospitais gregos. Isto, pois muitos pacientes desenvolveram doenças crônicas devido às péssimas condições sanitárias em Idomeni (infecções). Ainda, algumas refugiadas engravidaram e surgiram novas necessidades de saúde com problemas mais complexos, como tratamento de câncer.

Quanto a este último a situação se complica especialmente, eis que nem os hospitais gregos e nem as ONGs possuíam verba para seu caro tratamento (BONIS, 2017).

Quanto às grávidas, muitas desejavam abortar, pois não queriam ter um filho frente ao futuro incerto que enfrentavam. Assim, eram encaminhadas para os hospitais públicos gregos, que também não conseguiam lidar com toda a demanda. Uma agente humanitária disse: “Nunca sabia o que dizer a eles. O sentimento era o de que sempre tentamos fazer o nosso melhor pela saúde dos refugiados, mas deveríamos ter tentado elevar mais os seus espíritos” (BONIS, 2017, p. 83).

Os meses sitiados em Idomeni ainda deixaram marcas psicológicas nos refugiados. A frustração com a impossibilidade de migrar para países do norte da Europa agravou a incidência de casos de ansiedade, depressão, esquizofrenia e psicose, segundo o MSF. Tratar esses pacientes era complexo, conforme Kanistra explicara, porque os médicos do centro não podiam receitar drogas psiquiátricas e os hospitais públicos não conseguiam lidar com a demanda. ‘Víamos gente perdendo a esperança por todo lado’ (BONIS, 2017, p. 80).

O Autor também descreve a narrativa de uma mãe, contando que migrou da Síria em função dos bombardeios e da saúde delicada de seu filho, que possui acúmulo de líquido no cérebro e precisa de tratamento urgente. Esse tratamento não era oferecido pela MSF, que apenas realizava atendimento primário. Os hospitais gregos também não tinham condições de ajudar. Portanto, era uma triste situação onde a mãe aguardava ir para a Alemanha, para obter tratamento médico para seu filho. As fronteiras, porém, estavam fechadas (BONIS, 2017).

Portanto, retomou-se também esta narrativa do capítulo 2, para ilustrar o aspecto psicológico, dos traumas, transtornos mentais e condições migratórias que as favorecem. Assim, os seguintes temas estão relacionados e podem ser observados neste capítulo: migração/traumas, migração/dificuldade; migração/vulnerabilidade; migração/exploração.

n) Trabalho e imigração

Abaixo, relato de um dos interlocutores a respeito de um biólogo imigrante na Suécia (BRECHT, 2017):

‘Auxiliado por alguns cientistas de Nordland que me visitaram algumas vezes em meu instituto e publicaram alguns de meus trabalhos em seus periódicos, obtive a permissão para uma estada no país. Exigiram apenas que me abstivesse completamente de qualquer trabalho ou atividade científica. Com um suspiro, subscrevi a condição, triste por não mais poder colaborar com meus amigos, como sempre fizera. Compreendi que podia contar com sua

amizade apenas se renunciasse totalmente à pesquisa, eu que havia conquistado essa amizade justamente por minha atividade científica. Pois se em Nordland não havia muitos físicos dedicados à física, também não havia institutos suficientes para os físicos. E eles queriam viver' (BRECHT, 2017, p. 97).

Este mesmo biólogo narra que ficou doente e que não tinha dinheiro para arcar com os custos de sua doença, ele narra sua experiência (BRECHT, 2017):

'Como assim?', perguntou o médico substituto. 'É justamente isso que estamos fazendo. Entendi perfeitamente o que me explicou. Pode indicar o ponto, se está realmente apreensivo. E não tenha medo', disse voltando-se para mim. 'Não vou apresentar a conta. Sei que você é imigrante!'[...] É sinistro viver num país onde dependemos de alguém que, demonstrando grande amor ao próximo, arrisca seus próprios interesses apenas para ajudá-lo. É mais seguro viver num país onde o amor ao próximo não seja necessário para que alguém possa ser tratado. Se você puder pagar, em nenhuma parte dependerá do amor ao próximo (BRECHT, 2017, pp. 103-105).

O que está acima é amenizado ou não ocorre no Brasil, uma vez que a saúde é universal neste país. Os relatos, embora de outra época e romantizados, também narram como o empecilho do trabalho do imigrante prejudica sua saúde, em um local onde a saúde não (é/era) universal. Ela também pode ilustrar os casos de exploração de trabalho narradas acima.

o) Grávidas e o SUS

Jardim (2017) pesquisa haitianas grávidas que acessam o Sistema Único de Saúde. Ela descreve a sua experiência acompanhando oficinas de um projeto de extensão do Grupo de Assessoria a Imigrantes e Refugiadas (Gaire) da Faculdade de Direito da UFRGS.

A pesquisadora conta que no ano de 2014 pôde acompanhar haitianas grávidas e que, a partir dessa experiência, faz reflexões sobre os imigrantes e o acesso ao sistema público de saúde. Porém, esclarece que se tratam de reflexões e não de um diagnóstico da situação. Neste sentido, ela diz que pôde observar algumas lógicas protelatórias por meio de agentes do poder público (SUS) na lida com haitianas grávidas.

Para a autora, os imigrantes devem ser visibilizados como sujeitos de direito para as políticas públicas, como na área da saúde. Assim, os imigrantes podem ser vistos ou não como legítimos usuários do SUS, segundo a sua experiência etnográfica (JARDIM, 2017). E embora o sistema de saúde brasileiro possua uma lógica universal, as haitianas

grávidas que ela estudou enfrentaram diversos desafios no uso dos serviços públicos de saúde, mesmo aquelas documentadas e que possuíam o cartão SUS. Dentre outros motivos, trata-se de um sistema desconhecido para as haitianas, o que pode gerar dificuldades de visibilidade das mesmas, como a autora narra (JARDIM, 2017).

Este ponto justifica o diagnóstico da necessidade de informação como meio de acesso a saúde no Brasil. Assim, se justifica novamente a necessidade de prestar informações sobre o SUS prestadas no capítulo 3.

Jardim (2017) diz que mesmo para os imigrantes documentados e que falam o português, podem existir dificuldades no acesso ao SUS, devido às formas de acesso e aos formatos administrativos deste, que podem acabar por gerar zonas de exclusão. Estas podem ser diminuídas ou aumentadas de acordo com a postura dos agentes da governamentalidade que trabalham nestes locais.

O SUS é uma novidade para elas, que têm que aprender sobre o seu funcionamento. A autora narra que, mesmo para as haitianas que portam documentos legais há um percurso árduo de descoberta de direitos e da negação destes no SUS. Assim, se reproduzem invisibilidades e zonas de abandono, que também ocorrem por exclusões sociais e preconceitos.

Jardim (2017) descreve o caso de uma haitiana grávida atendida pelo posto de saúde de atenção primária do SUS em que levaram um intérprete para ajudar a comunicar os sintomas. A autora dispõe que a dificuldade das haitianas com o SUS vai muito além da língua, mas também abarca a diferença na lógica de atendimento para o Haiti, as novas lógicas têm que ser aprendidas. Relata que algumas imigrantes haitianas grávidas não sabiam o que era o pré-natal.

A autora conta ainda que em Porto Alegre em 2013, um ano antes da Copa do Mundo de Futebol, situação que potencialmente traria trabalhadores imigrantes para o Brasil, o Fórum Permanente de Mobilidade Humana (FPMH) traria discussão, junto com alguns atores governamentais, como a DPU e não governamentais, sobre os imigrantes e que, inclusive, foi criada posteriormente pela prefeitura uma ‘Comigrar Municipal’. Relatou-se um total desconhecimento por parte da prefeitura do que seria uma política pública específica para imigrantes e apenas uma abertura de diálogo com as organizações não governamentais na ‘Conferência Parcial Municipal da Comigrar’. Neste Fórum discutiu-se, porém, a possibilidade de inscrever os imigrantes no CAD Único, para que

tivessem acesso aos serviços sociais. Relata-se, de outra forma, resistência dos funcionários do Cras em realizar mutirões de atendimento para imigrantes, pois não teria pessoal para isso (JARDIM, 2017).

Assim, é importante a inscrição de imigrantes também no CAD SUS, para que seja emitida uma carteira SUS válida em todo o território nacional, ressaltando-se que deve ser apresentado comprovante de residência no posto de sua localidade ou visita do agente de saúde, para completar o cadastro (JARDIM, 2017). Jardim (2017) relata que alguns imigrantes com os quais ela teve contato não sabiam o que era um cartão SUS e que muitos, embora cadastrados no SUS, não possuíam o cartão SUS.

A autora relata que para fazer um cadastramento do usuário do SUS pela internet é necessário informar a cidade de nascimento e ela deve ser no Brasil. Assim, em Porto Alegre, para realizar o cadastramento os imigrantes, mesmo aqueles com visto de residência, devem ir diretamente ao posto de saúde mais próximo de sua casa. Em Porto Alegre, o Posto de Santa Marta seria aquele que menos faz objeções ao cadastramento de imigrantes e moradores de rua (JARDIM, 2017).

Sobre as invisibilidades dos imigrantes nos postos de saúde e na realização de cadastros, relata-se em Porto Alegre que os funcionários dos postos de saúde, ainda não sensíveis às questões da migração, fazem distinção entre os imigrantes regularizados e os não regularizados. Algumas funcionárias do CRAS, da área de cadastramento, perguntavam se os imigrantes tinham o visto permanente ou não, pois consideravam ser necessário para obtenção de acesso às políticas sociais no país, considerando estes direitos muitas vezes como recursos não acessíveis aos não nacionais. Isto demonstra as zonas de invisibilidade do imigrante motivadas por agentes da governabilidade (JARDIM, 2017), por mais que a saúde seja universal no país.

Jardim (2017) narra ainda o caso de uma grávida haitiana que teria desaparecido do posto de saúde em que era atendida e que por isso não teria realizado o pré-natal. Posteriormente se verificou que ela mudou de endereço e passou a ser atendida em outro posto de saúde, o qual não havia se comunicado com o anterior e a atendia como uma 'nova grávida' (ela também não havia informado a mudança de endereço), o que compromete, inclusive, a fidedignidade dos dados relativos aos atendimentos em saúde. Isto se dá pelo recorte territorial do SUS (princípio da territorialização trazido no capítulo 3) que pode, por vezes, não acompanhar tão rapidamente a mobilidade humana, em

especial de imigrantes: os imigrantes devem ser atendidos com base nos princípios territoriais do SUS.

Também se narra a história de uma grávida que não compreendia as orientações quanto à saúde delicada de seu filho, compreendendo as orientações apenas por mímica e gesticulações. Apenas quando um intérprete foi levado ao local pela Professora Denise Jardim é que a mãe teria compreendido o quadro clínico de seu filho. Além disso, como o bebe estava com sondas, ela evitava tocar nele, o que foi compreendido pelo posto como desinteresse. Outros fatos constatados pelo intérprete teriam sido a grafia errada do nome do garoto; a necessidade de emissão de uma segunda via do passaporte da imigrante e a explicação para ela em como obter medicamentos gratuitos pelo SUS (JARDIM, 2017).

p) Saúde e o Ministério Público

Em 2010 foi movida uma Ação Civil Pública pelo Ministério Público Federal em face do Instituto Nacional de Seguridade Social, buscando garantir que refugiados idosos palestinos tivessem acesso ao benefício assistencial. Esses refugiados tinham vindo para da Jordânia para o Brasil pelo Programa de Reassentamento Solidário do Governo Federal (PRATTI; VEDOVATO, 2017).

Os autores questionam que nem mesmo imigrantes que foram recebidos no Brasil por meio de um programa governamental possuem todos os seus direitos assegurados (PRATTI; VEDOVATO, 2017):

[...] dos que não têm nem mesmo os seus direitos reconhecidos, que, muitas vezes, ingressam no país de maneira irregular, que têm que batalhar frente às barreiras da burocracia e das lacunas legais apenas para conquistar um ‘direito a ter direitos’? E que mesmo assim encontram inúmeras barreiras sociais, desde a dificuldade de adaptação até o preconceito e xenofobia, que acabam por inibir a efetivação de seus direitos fundamentais? (PRATTI; VEDOVATO, 2017, P. 854).

4.2 Conclusões Parciais

Nos relatos apresentados neste capítulo pudemos identificar alguns aspectos práticos sobre as dificuldades em saúde no que diz respeito à imigrantes. Dentre elas: a prática da medicina tradicional *versus* a medicina praticada por curandeiros, em Moçambique. Esse exemplo que ilustra a necessidade de sensibilidade intercultural no

tratamento de saúde e na compreensão de que o conceito de saúde se modifica de uma cultura para outra, assim como o que se espera no atendimento à saúde. Constatou-se que os valores culturais influenciam a cura do paciente. Outra dificuldade constatada no caso de Moçambique foi a dificuldade de acesso físico pelos não nacionais (refugiados) aos serviços de saúde.

No caso da tentativa de reaproximação de uma família nos Estados Unidos, a psicóloga relatou dificuldades relativas aos preconceitos culturais. Estes podem ser entraves para a interculturalidade e também para o acesso à saúde do imigrante.

Quanto ao item “Traumas de guerra de jovens árabes na Alemanha”, assim como no relato “traumas de guerra”, podemos notar que, ao migrar, o sujeito pode estar fugindo de uma situação desestabilizadora, o que torna ainda mais imprescindível que o imigrante, deslocado ou refugiado possua condições de acessar a saúde no país de acolhimento.

A dificuldade do imigrante com a língua local é exemplificada no caso “crianças imigrantes”, mostrando que a língua constitui uma fragilidade que pode se manifestar nos atendimentos em saúde.

No item “religião, preconceitos e saúde”, notamos quanto a falta de uma compreensão e formação intercultural dos profissionais de saúde pode constranger o paciente, barrando o seu acesso à saúde no país.

Em “saúde mental e imigração”, pudemos constatar a deterioração da saúde mental de um imigrante em um curto espaço de tempo. Isto demonstra, ainda mais, a necessidade especial de saúde que os imigrantes internacionais demandam no país. Apesar disso, este relato mostra que a maioria destes atendimentos é feito pelo terceiro setor.

No relato “vulnerabilidade e sensibilidade”, observa-se novamente a necessidade de compreensão intercultural das diferentes necessidades dos imigrantes internacionais no país. Em “preconceitos”, se vê a não compreensão do outro e a xenofobia no novo contexto cultural, podem barrar o pleno desenvolvimento no país de acolhimento.

Em “Condições de trabalho, maternidade e sofrimento”, podemos ver a não compreensão da maioria dos profissionais de saúde das necessidades específicas de atendimento de um paciente imigrante. “Preconceito, maternidade e sistema de justiça” deixa claro novamente a dificuldade de compreensão do imigrante internacional, neste caso, por membros do poder judiciário e a necessidade de intermediação do terceiro setor.

As dificuldades em conviver com o diferente também podem ser constatadas em “Ensino e Interculturalidade”.

Em “Preconceito e o nacional estrangeiro”, podemos constatar como a xenofobia atua prejudicando a realidade do imigrante no país que o acolhe.

No item “k”, “A saúde como motivação”, podemos notar que o atendimento de saúde pode ser um dos fatores motivadores da imigração, o que torna ainda mais necessária a compreensão de suas necessidades nessa área.

No caso de “Joude”, retomado neste capítulo, pode-se constatar como as boas políticas de acolhimento impactam positivamente na experiência migratória. Em “Bonis”, o principal fato constatado é que os deslocamentos podem fazer surgir necessidades específicas de saúde. Em “trabalho e imigração” notamos a importância da existência de um sistema de saúde universal.

O relato “grávidas e o SUS”, experiência de Jardim (2017), por sua vez, também é bastante enriquecedor para este trabalho, uma vez que identifica diversas dificuldades de acesso dos imigrantes ao SUS, dentre elas, os profissionais de saúde pensarem que os imigrantes não são legítimos usuários do SUS; o SUS ser um sistema desconhecido para os imigrantes, o que pode gerar as chamadas “zonas de invisibilidade” e zonas de exclusão para os mesmos.

Em “saúde e o Ministério Público” também podemos identificar dificuldades de acesso a direitos no país.

Por tudo isso, neste capítulo repisamos que a saúde é uma manifestação cultural. As narrativas aqui colacionadas serviram para demonstrar e comprovar as dificuldades de acesso do imigrante à saúde no Brasil. Nesse sentido, identificamos as seguintes dificuldades em acesso à saúde: saúde como uma manifestação cultural e xenofobia; zonas de invisibilidade e burocracia criadas para os imigrantes; não nacionais com dificuldades com o idioma local; atendimento para imigrantes delegados para o terceiro setor; territorialização do SUS e como isso reflete nos imigrantes; empatia dos agentes do SUS e compreensão por estes da outra cultura.

O capítulo a seguir irá discorrer sobre os itens acima identificados e dispor sobre as recomendações da Comigrar em 2014 que tiveram como função tentar responder a estas dificuldades.

CAPÍTULO 5 – RESTRIÇÕES NO ACESSO À SAÚDE

O capítulo anterior tratou de alguns relatos sobre as dificuldades, na prática, no que diz respeito à saúde e interculturalidade. Este tópico tem como função identificar e reunir as limitações no acesso à saúde por imigrantes narradas naquele capítulo.

5.1 A Saúde como uma Manifestação Cultural e Xenofobia

Dentre as dificuldades encontradas no acesso à saúde por imigrantes, uma que mais se destaca está relacionada às diferenças culturais existentes entre paciente imigrante e profissionais de saúde, como no caso do item “religião, preconceitos e saúde”. Isto é consequência dos médicos terem formação cultural própria, o que influencia na abordagem do paciente e no tratamento de saúde (informação verbal¹¹⁹). A concepção de saúde de um povo é importante¹²⁰ para o tratamento de sua doença e as barreiras de acesso à saúde também são culturais (informação verbal¹²¹).

Exemplo disso é o relato da professora e psicóloga intercultural Sylvia Dantas sobre o atendimento que prestou a um nissei (filho de imigrantes japoneses) no Brasil. Ela narra que, pelo paciente ter restado quieto durante a consulta, foi diagnosticado por ela com sintomas de neurose obsessiva (em um momento onde a Professora ainda não havia se aprofundado no estudo intercultural). Posteriormente ela compreendeu, porém, que o silêncio fazia pleno sentido no contexto cultural japonês (DANTAS, 2017).

Outro exemplo de patologização do imigrante é o caso da menina síria H., de onze anos, que, por não compreender a língua portuguesa, foi encaminhada por sua professora para atendimento em uma Unidade Básica de Saúde- UBS, com suspeita de *déficit* de atenção. O notável, é que em uma investigação posterior sobre o caso, constatou-se que

¹¹⁹ Informação verbal obtida em 18/04/2018 na Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

¹²⁰ Por exemplo, no Brasil, o uso da tecnologia apenas no momento do adoecimento.

¹²¹ Informação verbal obtida em 18/04/2018 na Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

as UBS têm recebido regularmente pedidos de avaliação de crianças e adolescentes imigrantes encaminhados para o serviço de saúde pelas escolas, mas que não apresentavam problemas de saúde mental (EXAME, 2017).

Assim, de forma geral os imigrantes internacionais possuem dificuldade em lidar com ambientes, idiomas, normas e procedimentos que são culturalmente diversos dos seus de origem, causando introspecção e isolamento, o que pode ser confundido com transtornos mentais. Exemplo disso é o uso da agulha para exame de sangue em haitianos, os quais veem este objeto com significação diferente, associado às práticas de vodu¹²². Os haitianos ainda recusam tratamento quando se apresentam assintomáticos, o que dificulta diagnósticos preventivos no Brasil. Naquele país a religião vodu exerce um papel importante no tratamento de doenças (SANTOS, 2017). Logo, ao mudar de país os imigrantes em geral não se movem apenas entre culturas diferentes, mas entre sistemas de saúde diversos.

Devido às diferenças culturais existentes nos tratamentos e concepções de saúde, é fundamental que as políticas estatais se preocupem com o acesso à saúde, educação e todos os direitos sociais. (JARDIM, 2017).

[...] e uma vez que o imigrante não é puramente mecânico, é forçoso lhe conceder um mínimo. Assim, como trabalhador, é preciso que seja alojado, mas então o pior dos alojamentos (que ele consegue sozinho) é amplamente suficiente; como doente, é preciso que seja tratado (isso por ele mesmo, e talvez muito mais para a segurança ‘dos outros’), mas que seja da forma mais rápida e mais econômica, sem tomar sempre o tempo e o cuidado que uma situação particular requer, principalmente no caso de doenças mentais [...] (SAYAD, 1998, p. 58).

Além disso, cada um se apropria de forma diferente dos serviços de saúde (informação verbal¹²³), assim como ao SUS. A busca pela equidade é muito difícil. Como exemplo, temos a “2ª porta de entrada no SUS”, por exemplo, ser ‘amigo de alguém’ para ter acesso mais rápido ao atendimento, o que já foi relatado neste trabalho. Para a Professora Lígia Ferreira, o tempo também é vivenciado de maneira diferente, nas mais

¹²² “É importante ainda ter em mente a forma de funcionamento dos serviços de saúde no Haiti, que Wamai e Larkin (2011) descrevem como uma verdadeira “colcha de retalhos”: a maior parte dos serviços de saúde é privada, com grande contingente de clínicos trabalhando por conta própria e um grande número de ONGs e obras missionárias prestando atendimentos emergenciais. Por esse motivo, a frequência aos serviços de saúde não é uma prática comum entre os haitianos, que procuram as unidades apenas em situações que consideram graves” (SANTOS, 2016, p. 489).

¹²³ Informação verbal obtida em 02/05/2018 na Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

diversas culturas, assim como a sensação de urgência. Isso é muito importante na saúde. Deve-se buscar “compreender a incompreensão”, ou seja, compreender que em algumas situações, não entenderemos ‘o outro’ (informação verbal)¹²⁴.

O acesso ao direito, muitas vezes é dificultado por diversos fatores como a falta de educação adequada; desigualdades sociais; desinformação acerca dos direitos, o que pode ser fruto de um ordenamento jurídico complexo e pode ser corrigido pela proposta de políticas públicas que informem com qualidade mas que também diminuam as desigualdades sociais (ALVAREZ, 2017).

Enfatiza-se que o crescente fenômeno migratório presente nos diversos contextos públicos, exija esforços na reformulação de estratégias legais e de políticas públicas com vistas à melhoria da qualidade de vida, à saúde, ao acesso aos serviços públicos e ao cumprimento de direitos com enfoque integral no processo de adaptação cultural e nas vivências psicológicas, familiares e sociais dos migrantes (BECKER; BORGES, 2015, p. 142).

Berner (2015), dispõe que os Estados acabam por selecionar quais direitos são devidos aos imigrantes, criando uma distinção entre estes e os nacionais. A sugestão para o problema em tela pela Profa. Dra. Francyroze é de maior interculturalidade na formação dos profissionais de saúde¹²⁵. Para Lucas (2015), além da interculturalidade, também são importantes projetos de laicidade. Para Wolkmer (2015), deve-se buscar uma educação cultural libertadora, que leve a um diálogo intercultural e pluralista, o que impactará as fontes de juridicidade.

Os governos também devem ficar atentos ao cumprimento de normas de acolhimento, de assentamento, de políticas de realocação de recursos e de cidadãos, de inserção na língua, na cultura local e no mercado de trabalho. Assim, também espera-se que esses governos lancem uma propaganda efetiva que penetre nos mais longínquos rincões, para que floresça a tolerância e o respeito: uma governança do acolhimento (BONINI, 2017, p. 839).

Por isso, é importante lembrar que o direito encontra-se igualmente imerso em instituições e culturas pré-existentes. O problema ocorre quando esse ponto de partida assume pressupostos de racionalidade, como se fosse neutro, quando na verdade não é (LUCAS, 2015). Para que as políticas públicas possam ser efetivas para os imigrantes,

¹²⁴ “Tragédia da incompreensão”: para compreender ‘o outro’ é necessário entendimento complexo”. Informação verbal fornecida pela Professora Lígia F. Ferreira em 11/11/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹²⁵ Informação verbal fornecida em 07/11/2018 pela Profa. Dra. Francirosy Campos Barbosa Ferreira no “II Ciclo de Debates sobre Processos Psicológicos e Culturais em Temas Emergentes: Islam e Direitos Humanos”, de 06 a 07 de novembro de 2018.

estes devem ser considerados também como emigrantes e assim deve-se levar em conta de onde vieram e toda sua realidade prévia, assim como os motivos para migrar, seus medos, anseios e inseguranças (BORGES, MATTOS, SARTURI, 2015).

Para isso, o imigrante não pode ser considerado como *patológico* pelo Estado, que exerce biopoder lhe sujeitando a uma vida nua (AGAMBEN, 2010), pois isto é consequência da xenofobia e a reforça, criando uma visão separatista entre “nós” e “eles”, os outros, gerando constante desconfiança em relação aos últimos (CÉSARO; GULARTE, 2015). Pode-se pressupor que esta visão separatista impacta a formulação de políticas públicas de saúde para os imigrantes, sendo a xenofobia uma barreira ao atendimento adequado, como visto na narrativa do muçulmano que abandonou o posto de saúde, por ser comparado com um homem bomba por seus médicos.

Segundo Maria da Penha Vasconcellos e Rubens Camargo de Ferreira Adorno os profissionais do atendimento à saúde não estão preparados para lidar com um cenário intercultural. Não buscam compreender o histórico do paciente estrangeiro e correm o risco de sempre patologizar o imigrante como “depressivo”, simplesmente pela não compreensão de suas vivências (DANTAS, 2017). Os profissionais da rede pública de saúde (SUS) não estão preparados para lidar com necessidades advindas de culturas diferentes (SANTOS, 2017).

Lembre-se que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Destaca-se que os indivíduos devem, igualmente, respeitar a própria saúde, assim como a dos seus pares (LINS; ROSA, 2014). Portanto, deve-se respeitar as diferenças culturais existentes entre os sujeitos, mesmo quando as relações interculturais não façam parte do cotidiano de grande parte das realidades locais (MELO, 2015).

As políticas públicas deveriam ser formuladas no sentido de preparar os profissionais do SUS para as vivências de seus pacientes imigrantes e para lidarem com um cenário multicultural (DANTAS, 2012), uma vez que há a estreita relação entre saúde e a cultura de origem do paciente. Esta compreensão é necessária para que tal profissional considere as vivências de seus pacientes e a forma como estes expressam suas dores e angústias, pois as necessidades de tratamento podem ser diferentes quando se trata de um imigrante e não se deve estigmatizar os pacientes estrangeiros.

5.1.2 Zonas de invisibilidade: burocracia e restrições documentais

Existem alguns fatores que limitam as chances do imigrante acessar direitos no Brasil, quais sejam o racismo (mencionado no tópico anterior), a violência e a burocracia (ROSSA, 2015 apud WERNEK, 2013), como visto no relato das grávidas e o SUS (“Condições de trabalho, maternidade e sofrimento” e “grávidas e o SUS”).

No que toca a burocracia, esta acaba por não reconhecer indiscriminadamente a capacidade de todos os imigrantes e cria empecilhos administrativos para a inserção do imigrante, o que obsta o acesso a direitos básicos (ROSSA, 2015), como o acesso ao direito à saúde. No mais, os profissionais de saúde e os próprios operadores se perdem na vastidão de normas em saúde. Os operadores do direito, na judicialização da saúde e no desconhecimento das portarias e normas sobre as listas de medicamentos do SUS, por exemplo. Já os profissionais de saúde, muitas vezes não sabem que o imigrante em situação irregular tem acesso ao SUS no país.

Isto evidencia os problemas em legística, ou seja, no enorme número de normas em saúde existentes no país, mencionados no capítulo do SUS.

Coelho (2011) que pesquisa a assistência jurídica a brasileiros e a imigrantes explica o seu esforço para escrever e divulgar o seu tema de pesquisa e atuação profissional. Para este pesquisador, muitos dos problemas enfrentados pelos imigrantes deve-se ao seu desconhecimento das burocracias e à falta de conhecimento dos agentes públicos, que dominam apenas os procedimentos próprios do seu âmbito de competência, encaminhando o imigrante para atendimento por outros órgãos simplesmente por não saberem lidar com a situação incomum. Assim, é comum que prestem informações contraditórias, o que é ainda mais dificultoso pela falta de domínio, pelo imigrante, do idioma nacional. Para o autor, a falta de escritórios especializados no tema, considerando que a burocracia migratória geralmente é um assunto tratado por despachantes, que se servem de fórmulas prontas, também atrapalham uma orientação jurídica adequada a imigrantes no Brasil.

Portanto, os imigrantes podem sofrer restrição ou mesmo impedimento de acesso aos direitos formalmente oferecidos a eles devido à pendência documental (ROSSA, 2015). Este fator é importante quando considerado no contexto da saúde, uma vez que para ser atendido no Sistema Único de Saúde é necessário realizar um cadastro e possuir

carteira de atendimento, o que pode ser traduzido como uma das restrições encontradas para o acesso à saúde.

Quanto à força de trabalho imigrante (item “trabalho e imigração”), os imigrantes, com suas vozes silenciadas, muitas vezes são colocados à margem da legalidade, como fruto da discricionariedade dos atos normativos, que criam obstáculos à regularização migratória, e conforme as tendências políticas ou do mercado (ROSSA, 2015 apud SAYAD, 1998).

Nesse sentido, os imigrantes podem ser categorizados como *desejados* ou como um *mal tolerado*, o que se evidencia na formulação das políticas migratórias (ROSSA, 2015 apud REDIN, 2013). Porém, os imigrantes necessitam exercer o seu direito como seres humanos além de quaisquer fronteiras (ROSSA, 2015), especialmente o direito essencial à saúde e integridade física.

[...] há poucos anos havia um receio generalizado entre imigrantes sem documentos em buscar os serviços de saúde. Atualmente, é possível notar uma modificação nesta postura, com um expressivo aumento no acesso a este serviço. Isto não significa, no entanto, que a equipe de saúde esteja capacitada para trabalhar com essa população, e que todos tenham conhecimento e instruções de como agir nos casos em que o imigrante não possua documentos brasileiros. Há relatos, mesmo que escassos, de que a falta de documentação gerou constrangimentos (CDHI, 2011, p. 50).

Importante destacar que, no Brasil, apesar da universalização da saúde pública, os nacionais que compõe grupos minoritários, como moradores de rua e prostitutas possuem igualmente dificuldade de acesso ao SUS justamente porque não têm cartão de atendimento SUS, o que constitui uma barreira ao tratamento (informação verbal¹²⁶).

Becker e Borges (2015) relatam, em um estudo realizado com famílias imigrantes no Brasil, que as principais dificuldades encontradas por elas dizem respeito às questões burocráticas, isto é, de documentação, questões financeiras e de trabalho.

Quanto às questões burocráticas, exemplificam as dificuldades com atividades rotineiras, tais como locar um imóvel, colocar seus filhos na escola, ou mesmo denunciar violências das quais são vítimas:

Um triste exemplo é o relato de mulheres bolivianas que, não documentadas, temem a denúncia de violência doméstica às delegacias da mulher, sendo duplamente feridas por sua vulnerabilidade. Logo, é possível relacionar burocratização causada pelos órgãos que regulamentam a política de vistos à

¹²⁶ Informação verbal obtida em 02/05/2018 na Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

condição de ilegalidade e não documentação que leva muitas imigrantes a terem direitos violados, ainda que a lei formalmente os garanta (ROSSA, 2015, pp. 29-30).

Quanto às questões financeiras, outra dificuldade relatada, igualmente essencial para os imigrantes, é enviar remessas de valores para os familiares que não migraram. Tais remessas podem constituir, justamente, em um dos fatores motivacionais e familiares para que tenha ocorrido a migração de um de seus membros (BECKER; BORGES, 2015).

Muitas vezes, os imigrantes e refugiados já chegam no Brasil com a saúde prejudicada, fruto dos percalços pelos quais passaram para fugir da situação que lhes afligia (itens “Traumas de guerra de jovens árabes na Alemanha” assim como no relato “traumas de guerra”). Porém, quando chegam ao país, continuam sofrendo com diversas situações burocráticas para se regularizarem, o que piora quando vêm sem documentação, o que ocorre com frequência com refugiados e apátridas, e sem falar o idioma local (JÚNIOR NUNES; SERRANO, 2017).

A adaptação do imigrante ao país de acolhida não é nada fácil, o que pode ser dificultado pelos entraves jurídicos à regularização administrativa do imigrante. Dentre esses entraves, o acesso a documentos de identidade apresenta um papel importante. Eles servem para marcar a individualidade e os direitos e deveres da pessoa. No entanto, esses documentos básicos podem demorar anos para serem fornecidos aos imigrantes residentes no Brasil, que, durante esse tempo, portam apenas um protocolo de registro junto ao Ministério da Justiça.

Quanto à adaptação na sociedade brasileira, ela deve ser vista de modo acumulativo, como um contínuo aprendizado, em especial quanto ao aspecto jurídico-administrativo: um contínuo aprendizado sobre como acessar os direitos por meio dos procedimentos burocráticos (JARDIM, 2017).

Embora as leis dos diversos países de destino migratório sejam vistas como formas do imigrante acessar direitos indisponíveis em seu país de origem, como trabalho e estudos, por exemplo, a etnografia demonstra que, nas práticas jurídicas nacionais, o que se evidenciam são as fronteiras simbólicas que os imigrantes precisam permanentemente cruzar para acessar direitos civis, como ter um documento válido, e sociais, como o direito fundamental à saúde nas mesmas condições que os nacionais (JARDIM, 2017). Essas fronteiras podem se materializar na forma de burocracias descabidas, em agentes administrativos xenófobos, que resultam nas dificuldades aqui reportadas.

Para Jardim (2017), os imigrantes estão sempre aprendendo e reaprendendo as lógicas jurídico-administrativas do país de acolhimento¹²⁷. Ela relata que o Missão Pompéia (Cibai Migrações), Defensoria Pública da União (DPU) e Grupo de Assessoria a Imigrantes e a Refugiados (Gaire da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRG) são instituições que constantemente debatem as políticas públicas para imigrantes no país. Também é importante que se ouçam os imigrantes quanto a diversos assuntos que lhes dizem respeito, como na saúde.

Os documentos, o que Jardim (2017) chama de tecnologias de governamentalidade, servem para categorizar os imigrantes (assim como os nacionais), e isto repercute no acesso a direitos. Para conseguir vistos, a autorização de residência e os documentos pertinentes, os imigrantes também perpassam um período de aprendizado contínuo sobre os procedimentos burocráticos no país de acolhimento. Nesse sentido, as dificuldades burocráticas e a demora no acesso a documentos também impactam na inserção social e no acesso à saúde (JARDIM, 2017).

Jardim (2017) narra que as sociedades de acolhida acabam por criar zonas de abandono em relação a imigrantes, pois apesar de acolherem podem, de forma contrária, possuir práticas institucionais e cotidianas excludentes e racistas.

Quanto à obtenção de documentos, não se deve considerar apenas os entraves de procedimentos burocráticos, mas também os próprios agentes da governamentalidade, tudo isso, impactante na experiência migratória no país de acolhida (JARDIM, 2017).

Apesar do número de imigrantes que vivem no Rio Grande do Sul, o que já gera impacto em algumas cidades, como por exemplo, na cidade de Encantado, onde os 400 novos imigrantes, formados principalmente de haitianos, dominicanos e senegaleses, em 2014 (ZERO HORA), representavam cerca de 2% da população, há uma grande carência de políticas públicas direcionadas a esse público tanto no âmbito estadual, quanto nas cidades nas quais os migrantes estão localizados, havendo raras iniciativas do Poder Executivo nesse aspecto. Em Bento Gonçalves, cidade que conta com cerca de mil imigrantes, sobretudo senegaleses e haitianos, no dia 02.08.2014, discutiu-se, em audiência pública, a inclusão de imigrantes da cidade no cadastro único e a criação de um Comitê Municipal de Atenção ao Migrante (PIONEIRO, 2014). Entretanto, até o momento, não há notícias sobre a criação efetiva de tal comissão. Em contrapartida a Secretaria Municipal de Habitação e Assistência Social da cidade, em setembro de 2014, realizou um mutirão para cadastramento em programas assistenciais de 131 imigrantes que ali residiam (GAÚCHA, 2014) (BORGES, MATTOS, SARTURI, 2015, p. 74).

¹²⁷ Para Coelho (2011) o conhecimento de Direito Internacional Privado auxilia alguns procedimentos administrativos no país, vez que muitas vezes é necessário obter documentos em outros países, como certidão de antecedentes criminais.

Jardim (2017) dispõe, ademais, que as tecnologias da governabilidade são permeadas por problemas jurídicos, ou seja, por normativas e por gestores que as aplicam gerando as mencionadas zonas de exclusão, o que também se pode observar na saúde.

Logo, as leis, o grande número de normas regulamentares e portarias e os agentes que as aplicam podem dificultar o acesso à saúde e a outras políticas públicas, mesmo para o imigrante com o Registro Nacional de Imigração (RNI) oficial e o CPF¹²⁸, portanto, regularizado e inserido no mercado de trabalho. Os imigrantes desejam, assim, ultrapassar a “cidadania de segunda” classe que lhes é outorgada, buscando ter acesso a meios que lhes permitam acessar serviços e viver dignamente no país de acolhida (JARDIM, 2017).

“O porte do visto de residência permite ao migrante a obtenção de documento de identidade e inscrição no CPF, podendo assim ter acesso aos serviços de saúde e educação fundamental, bem como da carteira de trabalho” (RIBEIRO, 2015, p. 62).

Jardim (2017) dispõe que os documentos são as tecnologias que singularizam os sujeitos e que permitem registrar suas particularidades e a entrada e saída de um território. As formas de identificação resvalam, inclusive, no acesso à saúde e na sensação de pertencimento em um determinado território.

São os documentos que permitem que o sujeito viva em outro território. Por isso, o imigrante é um sujeito que deve enfrentar a burocracia da sociedade de acolhida para regularizar sua situação documental. Como uma forma de controle no Estado de destino, ele deve sempre renovar seus documentos e comprovar que *merece* estar naquele território. Quanto mais documentado, mais inserido o imigrante está na sociedade de acolhida (JARDIM, 2017).

Os imigrantes relatam que a burocracia que incide sobre eles, em especial quanto à questão documental, gera impedimentos de permanência e de acesso à direitos civis e sociais (JARDIM, 2017). A documentação do imigrante também o distingue este do nacional nas mais diversas áreas, como no acesso à saúde (JARDIM, 2017).

¹²⁸ Coelho (2011) dispõe sobre o Cadastro das Pessoas Físicas (CPF): afirma que é o “[...] registro que a Secretaria da Receita Federal (SRF) mantém de seus contribuintes no Brasil [...]” (COELHO, 2011, p. 83). O CPF permite ao nacional ou estrangeiro que seja identificado como contribuinte perante a Receita e que pratique diversos atos da vida civil, como abrir conta em bancos e solicitar um financiamento. A previsão é do Artigo 20, inciso XI da Instrução Normativa SRRF 461/2004; Decreto 3.000 de 1999 (COELHO, 2011).

O imigrante deve sempre provar que possui direitos na sociedade de acolhida. Como exemplo, Jardim (2017) relata negativa de atendimento a haitianas, pois os profissionais de atendimento do SUS não acreditavam que elas tinham direito à saúde, por serem irregulares.

Os documentos representam um papel importante e podem destituir os imigrantes de direitos garantidos constitucionalmente, como o acesso à saúde. Isso se dá pela burocratização e pela categorização jurídica dos imigrantes. Nesse sentido, a classificação em nacional e estrangeiro não se dá apenas pela letra da lei, mas também assume força nas instituições burocráticas e no papel dos seus agentes, como no exemplo acima narrado (JARDIM, 2017).

A autora ainda dispõe sobre a forma como o SUS recebe seus pacientes (critério de localização) e o atendimento (JARDIM, 2017).

Jardim (2017) conceitua documentos como “(...) tecnologias escritas visando à singularização e identificação de pessoas” (JARDIM, 2017, p. 104)¹²⁹.

As formas de controle do Estado aos imigrantes e nacionais se dá pela conferência de documentos e assim também se limita a circulação de pessoas (JARDIM, 2017). Algumas pessoas estão ‘ilegais’ em um país porque assim entraram, e outras porque se tornaram ilegais, pois não seguiram algum procedimento burocrático (JARDIM, 2017). Porém, em verdade, inexistem imigrantes ilegais, mas sim sujeitos considerados como ilegais pela ação do Estado (ROSSA, 2015).

Jardim (2017) dispõe que o sujeito, ao protocolar um pedido de refúgio já recebe um protocolo com o número de seu processo, o que lhe permitirá providenciar uma carteira de trabalho, o CPF e o cartão SUS, válidos em todo território nacional e não apenas no seu local de residência. O que dispõe, porém, é que pouco se sabe e se divulga sobre os desafios enfrentados pelos imigrantes no que diz respeito à essas exigências administrativas.

¹²⁹ O passaporte é a porção mais nobre de uma pessoa. Ele não surge de modo tão simples como uma pessoa. Uma pessoa pode surgir em qualquer lugar, da maneira mais irrefletida e sem motivo razoável. Um passaporte, jamais. Ele é reconhecido quando é bom, enquanto uma pessoa pode ser boa e, ainda assim, não ser reconhecida. [...] seria possível afirmar que, de certo modo, o homem é necessário para o passaporte. O passaporte é a questão principal. Ele inspira todo o respeito! (BRECHT, 2017, pp. 11-12). Os passaportes, porém, existem por causa da ordem. Ela é imprescindível em tempos como este. Suponha que você e eu andemos por aí, sem um certificado de quem sejamos, de modo que não possamos ser achados no momento em que devemos ser expulsos; nesse caso, não haveria ordem (BRECHT, 2017, p. 14). A fala acima, do livro de Brecht (2017), parece narrar com ironia sobre a situação de provisoriedade do imigrante, em uma conversa entre dois exilados alemães, à época da Segunda Guerra Mundial.

Assim, Jardim (2017) discute, em seu livro, como as leis e os documentos são tratados pela burocracia estatal e pelos agentes da governamentalidade¹³⁰.

Quanto ao SUS, a regularização documental apresenta um papel importante na emissão do “Cartão SUS” e na possibilidade de atendimento do sujeito. Assim, além das dificuldades documentais já existentes para acesso à saúde, ainda são criadas outras barreiras, como no caso relatado e ocorrido em um município pequeno, chamado Rio Verde, que somente grávidas com comprovação de endereço e cartão SUS no próprio município são atendidas, não aceitam o cartão SUS nacional. A profissional de enfermagem que relatou essa situação dispôs, inclusive, que foi repreendida por seu superior hierárquico, quando relevou esta norma e atendeu paciente que não apresentou cartão SUS local (informação verbal¹³¹).

Outro exemplo desse tipo de procedimento é a própria cidade de Ribeirão Preto, onde os pacientes também tinham que comprovar a residência local para serem atendidos nos postos do SUS da cidade até algum tempo atrás. Isto era consequência da cidade atender muitos trabalhadores das lavouras de cana-de-açúcar, de trabalho sazonal. São migrantes internos que contribuem com o desenvolvimento econômico da cidade e região, mas que adoecem, muitas vezes em razão das condições de trabalho a que são submetidos, e acabam tendo o acesso à saúde negado, em uma situação que os aproxima dos migrantes internacionais (informação verbal¹³²).

¹³⁰ Em relação à cidade de Caxias do Sul e aos imigrantes recém- chegados à época:

[...] em 18.07.2014, a Secretaria Municipal da Saúde realizou um mutirão de atendimento, solicitado pela Fundação de Assistência Social (FAZ), onde os migrantes de Gana foram avaliados, sendo identificadas possíveis patologias, além de serem solicitados exames e fornecidos tratamentos necessários pela equipe formada por dois médicos, uma enfermeira e uma assistente social (BORGES, MATTOS, SARTURI, 2015, p. 75 apud PIONEIRO, 2014).

[...] reunião realizada em 21.07.2014, onde se reuniram servidores dos ministérios da Justiça, Trabalho e Emprego e Desenvolvimento Social e Combate à Fome, representantes do governo do Estado, entidades assistenciais e Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Vereadores e Polícia Federal. Na ocasião, foi decidido que os 97 migrantes ganeses que se encontravam em Caxias do Sul ganhariam a emissão imediata de protocolos de refugiados e das carteiras de trabalho (PIONEIRO, 2014). Mais do que colocar o imigrante como sujeito de direitos na teoria, tal ação possibilitou a abertura de oportunidades efetivas, tais como a entrada no mercado de trabalho com carteira assinada e a possibilidade de cadastramento em programas sociais como PRONATEC, Bolsa Família e Sistema Único de Saúde, SUS (CORREIO DO POVO, 2014).

¹³¹ Informação verbal obtida em 25/04/2018 na Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

¹³² Informação verbal obtida em 25/04/2018 na Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra

Por isso, alguns estudiosos consideram que a *regionalização* do SUS pode representar um obstáculo ao acesso à saúde, uma vez que o Município recebe verba de acordo com a população. Se o Município recebe pouco, este acaba por criar mecanismos regulatórios para atender somente população local. Aqui se vê a regionalização em contradição com a universalidade (informação verbal¹³³). Esta barreira de acesso cria uma cidadania regulada (assistida), que regula e barra o acesso ao tratamento de saúde. Ela tira o direito de entrar no Sistema Único de Saúde, mesmo este sendo universal (informação verbal¹³⁴).

Uma solução para romper com essa regionalização prejudicial seria uma portaria que impedisse qualquer profissional da saúde de pedir comprovação de endereço para o paciente. Embora haja um receio de que isto traga falência econômica para o município, este argumento não se sustenta, segundo o Professor Pedro Palha, da Faculdade de Enfermagem da USP. Assim, pede-se a informação de residência apenas para que se possa negociar verbas com a Regional de Saúde, requerendo mais verbas motivadas, por exemplo, pelos deslocamentos internos, migração (informação verbal¹³⁵).

A barreira de acesso é criada como resultado de se considerar o migrante, deslocado como um gasto para o SUS, sem levar em conta que ele também faz parte da cadeia produtiva e de consumo da cidade. Trata-se, portanto, de um problema de população flutuante que pode superar a capacidade do município, como no caso do município de Rio Verde. Como solução este problema de exigência documental, alguns pacientes vão para atendimento no SUS com documento de residência falso, de pessoas que moram no local, de forma a serem atendidos (informação verbal¹³⁶).

Por tudo o que foi disposto aqui, podemos notar como o excesso de burocracia atrapalha a efetivação do direito à saúde. Bonini (2017) dispõe que se deve educar para a diversidade, e que:

Na saúde, outra área de extrema importância, pois os serviços públicos e privados de saúde e de atendimento sociais precisam se guarnecer de

Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

¹³³ Idem p. 138.

¹³⁴ Idem p. 138.

¹³⁵ Ibidem p. 138.

¹³⁶ Informação verbal obtida em 25/04/2018 na Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

informações necessárias acerca das diferenças culturais, nos cuidados pessoais, nas práticas cotidianas de higiene, alimentação, etc., que possam auxiliar uma maior compreensão da diversidade. São importantes também as preocupações pelas questões epidemiológicas que caracterizam determinados grupos, mais ou menos propensos a certas doenças. Entende-se aí de fundamental importância a presença de trabalhadores e pesquisadores de viés interdisciplinar a fim de compreender este fenômeno complexo das políticas despertadas pelo multiculturalismo (BONINI, 2017, p. 838).

5.1.3 Dificuldades com o idioma

Entre as várias dificuldades relatadas pelos pesquisadores que trabalham na área de imigração está o domínio da língua pelos imigrantes (relatos “crianças imigrantes” e “preconceito e o nacional estrangeiro”).

Rosa Yuka Sato Chubaci e Miriam Aparecida Barbosa Merighi desenvolveram um estudo com imigrantes japoneses na cidade de São Paulo, e verificaram que a dificuldade com a língua é um fator que prejudica o processo de cura e a busca pelos serviços de saúde. As autoras relatam que as entrevistas realizadas durante seu trabalho foram feitas em japonês, o que foi fundamental para compreender as angústias pelas quais os entrevistados passam no acesso à saúde em São Paulo. Há uma grande dificuldade para explicar aos profissionais de saúde o que acomete esses imigrantes e também de entender o procedimento de cura que será realizado e confiar no mesmo, devido aos entraves na comunicação (CHUBACI; MERIGUI, 2017).

A comunicação verbal e não verbal foi um ponto relevante nesses estudos. A forma como a doença é vista faz parte do aspecto cultural, e que deve ser compreendido pelos profissionais da saúde, pois a cultura influencia as percepções, a dor, a doença, etc (CHUBACI; MERIGUI, 2017). As autoras concluem que esta dificuldade de comunicação verbal e não verbal gera ansiedades e tristezas e que o japonês possui falas que são influenciadas por sua cultura, e que, por vezes não são compreendidas pelos profissionais de saúde.

A língua é um símbolo de identidade, capaz de incluir ou excluir um sujeito de determinado grupo social. Além disso, há outras dificuldades, como adaptação escolar, preconceitos e dificuldade em obter documentações referentes ao visto. Tudo isto constitui entrave ao processo de adaptação ao novo contexto cultural, mas este é possível, após um período de ajustamento com ajuda de recursos internos e externos e superação do período de idealização deste novo contexto cultural (BECKER; BORGES, 2015). O

estrangeiro é aquele que se vê privado de sua terra e de suas referências, como a língua (CÂMARA; CHUEIRI, 2015).

Para a Professora Elisabete Flory, a valorização da língua e da cultura repercutem na identidade do sujeito (informação verbal)¹³⁷. Por isso o Brasil deve possuir uma preocupação em termos de políticas públicas. Para a Profa. Sylvia Dantas o bilinguismo e a biculturalidade são positivos, deve-se evitar a patologização (informação verbal)¹³⁸.

5.1.4 Delegar atendimento a imigrantes para o terceiro setor

A protagonista no acolhimento de imigrantes no Brasil tem sido a sociedade civil (igrejas e associações civis) e, em geral, não o Estado, que raramente possui políticas públicas de acolhimento, o que seria, em verdade, de interesse do poder público (BORGES, MATTOS, SARTURI, 2015) (como visto na narrativa “saúde mental e imigração”). A exemplo dessas entidades podemos citar a Missão Paz e a Cáritas. Segundo Borges, Mattos, Sarturi (2015), no Brasil ainda existem poucas políticas públicas voltadas para a população migrante.

O Centro de Referência e Acolhida para Imigrantes na cidade de São Paulo (CRAI-SP) oferece alguns serviços para os imigrantes, como informações sobre regularização de sua situação migratória e que obtenham informações sobre: “[...] documentação e acesso aos serviços públicos municipais; receba orientação jurídica gratuita por profissionais especializados; receba apoio psicológico gratuito [...]” (BORGES, MATTOS, SARTURI, 2015, p. 72).

A Cáritas Arquidiocesana, por sua vez, ajuda o refugiado com o pedido de refúgio, fornece acompanhamento psicológico e psiquiátrico ao imigrante, além de moradia, alimentação e saúde, entre outros auxílios prestados (BORGES, MATTOS, SARTURI, 2015).

¹³⁷ Informação verbal fornecida pela Professora Elisabete Flory em 25/11/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹³⁸ Informação verbal fornecida pela Professora Sylvia Duarte Dantas em 25/11/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

A partir de 2011 as entidades religiosas, que sempre enfrentaram problemas migratórios como o acesso à saúde; e também questões jurídicas e psicológicas dos imigrantes, começam a debater tais questões como algo que deveria exigir uma real formulação de políticas públicas e de participação do Estado. A chegada de haitianos no Acre em 2011 motiva ainda mais este debate, visto como um problema migratório (JARDIM, 2017).

É importante destacar ainda a contribuição do terceiro setor e também do meio universitário na questão migratória, os quais somam ao Estado conhecimentos sobre o tema e orientam os rumos das políticas públicas migratórias (JARDIM, 2017), haja vista a COMIGRAR em 2014.

O terceiro setor possui uma reconhecida importância para o imigrantes, seja na assistência jurídica, psicológica, intermediação de primeiro emprego ou ocupar posição como representantes de sociedade civil em conselhos estatais em temas relacionados à imigração (a Cáritas¹³⁹ São Paulo e Rio de Janeiro representa a sociedade civil). Como exemplo destas entidades temos a Caritas, Scalabrianos e as Congregações Jesuítas. Missão Paz; Cáritas e outras associações de representação e apoio a imigrantes, apresentaram um esforço conjunto para aprovação da Lei de Migrações (CARNEIRO, 2018, p. 57).

Apesar da importância do terceiro setor para o diálogo frente a problemas migratórios (“Preconceito, maternidade e sistema de justiça”), é necessário que o atendimento a imigrantes e refugiados se transforme também em políticas públicas (JARDIM, 2017), uma vez que as organizações¹⁴⁰ e têm ocupado um espaço do qual o poder público se abstém, como a assistência social. É um modelo tripartite e neoliberal, que retira responsabilidades e financiamentos do Estado (JARDIM, 2017).

As ONGs também têm se posicionado em comitês municipais e estaduais e levado a administração pública a refletir sobre o seu despreparo em atender imigrantes em áreas como saúde e educação. Por vezes, o acesso a direitos se deve dar por meio da judicialização de demandas (JARDIM, 2017).

¹³⁹ A Cáritas é um organismo da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) que auxilia não nacionais na defesa de seus direitos, no controle social de políticas públicas e acesso à direitos (BUHRING, 2016).

¹⁴⁰ Para Jardim (2017) os documentos internacionais orientariam as ações das organizações não governamentais quanto ao acesso à direitos sociais pelos imigrantes.

A Defensoria Pública da União atua junto aos imigrantes prestando auxílio, assistência jurídica e atua também junto aos movimentos sociais e Ministério Público Federal (MPF) (relato “saúde e o Ministério Público”). As universidades, igrejas e movimentos sociais também contribuem para o tema de migrações. Toda essa ação poderia ser aumentada, por meio de políticas públicas e fomento estatal, revelando quais as necessidades dos imigrantes (BORGES, MATTOS, SARTURI, 2015).

Borges, Mattos e Sarturi (2015) concluem, com sua pesquisa, que a ação por parte do Estado estudado é pontual e que é necessário que este crie um programa de acolhimento do imigrante como política de Estado. No entanto, mesmo na experiência relatada, na cidade de Caxias do Sul, a participação dos Poderes Públicos na acolhida dos imigrantes internacionais seria pequena. Para os pesquisadores, a situação de déficit de políticas públicas voltadas para os imigrantes é um reflexo da maneira discriminada ou xenófoba como estes são enxergados na sociedade pela população nacional. Busca-se, porém, um horizonte onde os imigrantes possam ser efetivamente considerados como sujeitos de direitos e inseridos no espaço público.

5.1.5 Princípio da Territorialização do SUS

Jardim (2017) dispõe que a documentação dos imigrantes e obtenção ou não de visto seriam maneiras de criar zonas de invisibilidade para os não nacionais, como visto em “grávidas e o SUS”. Porém, mesmo para os imigrantes documentados, estes podem sofrer invisibilidades devido à burocracia e aos agentes administrativos. Como exemplo, temos o SUS com a sua lógica territorial, um dos princípios do SUS tratado no capítulo 3, talvez barre o acesso à saúde dos imigrantes. A territorialização dos serviços de saúde tem como base endereço fixo do usuário; ficha no posto de saúde perto do local onde o imigrante mora e preencher ficha detalhada do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). Isto, ocorre quando a migração está bastante conectada à mobilidade a fim de encontrar emprego e à locação de casas sem contrato de locação. A autora narra, então, que os agentes do poder público têm se mostrado às vezes mais e outras vezes menos acessíveis para os imigrantes neste percurso. Para ela, a maior acessibilidade seria fruto da empatia de quem lidou diretamente com situações concretas envolvendo imigrantes (o que será tratado no próximo tópico).

Jardim (2017) relata medidas protelatórias de atendimento aos imigrantes pelo sistema de saúde no Brasil. Assim, mesmo os imigrantes regulamentados e documentados passariam por percalços de atendimento, por ‘invisibilidades’. Estas, por sua vez, de alguma forma são explicadas pela lógica de territorialização e cadastramento do SUS.

Para Jardim (2017), a lógica de territorialização do SUS acaba por gerar invisibilidades dos imigrantes, os quais muitas vezes sabem que tem direitos, mas não entendem o princípio da territorialização do SUS e possuem expectativas diferentes quanto ao atendimento médico em saúde. Quanto aos servidores do SUS, há um desconhecimento das demandas dos imigrantes, e não se sabe se isto seria proposital ou não, segundo a pesquisadora.

São diversos aprendizados dos imigrantes no processo de imigração, inclusive quanto ao novo sistema de saúde. Mesmo assim se reproduzem zonas de abandono também no acesso à saúde. As zonas de abandono (“relato Saúde em Moçambique” e “Grávidas e o SUS”) são consequência, além da forma de cadastramento e territorialização do SUS, das exigências documentais que se faz dos imigrantes (JARDIM, 2017).

Por tudo isso, existem diversas barreiras de acesso que obstam o acesso à saúde. Um exemplo é a barreira geográfica, que impede acesso à saúde, por exemplo, das populações ribeirinhas em Manaus, que levam 18h de barco para ter acesso aos serviços de saúde, conforme relato de vivência prática de uma profissional da área da saúde pública (informação verbal¹⁴¹).

5.1.6 Empatia, os agentes administrativos e operadores do SUS

No choque de culturas, todo ser humano tem uma postura etnocêntrica, é uma característica social (relatos “Saúde em Moçambique”; “Alienação Parental nos Estados Unidos”; “Vulnerabilidade e sensibilidade”; “Ensino e Interculturalidade”). Esse choque de culturas ocorre também na área da saúde: “[...] o estrangeiro é aquele que não é entendido, permanece incompreendido” (MELO, 2015, p. 153). Por vezes não se sabe

¹⁴¹ Informação verbal obtida em 20/06/2018 na Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

abordar o estrangeiro, nas mais diversas áreas, inclusive pelo Direito (Profa. Sylvia Dantas informação verbal)¹⁴².

Para a Professora Sylvia Dantas, as políticas públicas devem ter um olhar intercultural. A abordagem intercultural busca compreender como é aquele sistema cultural, tomando cuidado para não estereotipar o imigrante e nem vê-lo como exótico (preconceito) (informação verbal)¹⁴³.

O profissional de saúde deve tomar cuidado com enquadramentos etnocêntricos da doença na cultura do outro, como no exemplo da Professora Sylvia Dantas na psicologia e no enquadramento em “psicoses” (DANTAS, 2017). Se o psicólogo deve entender as crenças do seu paciente, também devem os demais profissionais da saúde, de forma a compreender as angústias e dores que acometem seu paciente imigrante.

Para a Professora Maria Gabriela, o psicólogo deve entender a cultura do outro e as suas crenças (a exemplo do demônio na cultura mexicana), para poder cuidar de seu paciente não nacional. Sugere-se, inclusive, que o psicólogo tenha condições de conversar na mesma língua que o paciente pois “o idioma próprio do imigrante lhe é negado”, e ele deve aprender o novo idioma do país de acolhida (informação verbal)¹⁴⁴.

A mediação intercultural é um conceito que pode ser aplicado tanto na clínica quanto no Poder Judiciário. Ela promove a diversidade e exige a formação em dois cursos: formação em mediação e em técnicas de interculturalidade. Busca a promoção da escuta ativa (ouvir atentamente o outro) (informação verbal)¹⁴⁵.

Para Jean-Claude Usunier (1992) existem maneiras de se comunicar entre culturas distintas, evitando mal-entendidos. Primeiramente, o interlocutor deve ter consciência de que existe um obstáculo intercultural, o que influencia a comunicação verbal e não verbal; outra maneira é o uso de intérpretes formados e devidamente treinados para o diálogo

¹⁴² Informação verbal fornecida pela Professora Ligia F. Ferreira em 11/11/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹⁴³ Informação verbal fornecida pela Professora Sylvia Duarte Dantas em 21/10/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹⁴⁴ Informação verbal fornecida pela Professora Maria Gabriela M. Leifert em 07/10/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹⁴⁵ Idem p. 145.

intercultural; ainda, deve-se ter consciência de que existe uma parte da língua que não é traduzível, pois faz parte da cultura. Para a Professora Lígia Ferreira, o interlocutor deve ter uma postura de “desativador de bombas” quando o conflito intercultural negativo aparecer no diálogo. Por fim, ter um conhecimento mínimo da cultura do outro (informação verbal)¹⁴⁶.

Para Raymonde Carroll (1987), por sua vez, deve-se seguir os passos descritos: primeiro, não interpretar o outro antes de colher os dados necessários sobre sua cultura, não ‘pré-julgar’. Em segundo lugar, deve-se compreender o próprio discurso e os próprios estereótipos e julgamentos de valor. Depois dessa dupla conscientização é que se pode voltar para a compreensão daquele determinado contexto cultural.

Existem alguns campos em que podem ocorrer ‘choques culturais’, ou seja, campos de percepções distintas entre sujeitos de culturas diversas, tais como alimentação; gestos; religião; vestuário; morte e seus rituais; ritos de passagem (fases da vida); modos de se expressar e de cumprimentar; sexualidade e tom de voz. Ou seja, a comunicação verbal e não verbal pode gerar estranheza (Professora de Línguas Lígia Ferreira informação verbal)¹⁴⁷.

Assim, o não nacional ainda esbarra, no país de acolhimento, com a questão da identidade e do não pertencimento. Por isso, é importante a alteridade no país de acolhimento (BUHRING, 2016 apud BORGES, 1997): “[...] os espaços públicos, que servem de ponto de encontro (entre estranhos) que não se encontram, pois o espaço é um lugar de não interação [...]” (BUHRING, 2016, p. 98 apud BAUMAN, 2012). Para a mediação intercultural deve-se integrar validando a cultura do outro, sem desprezar a própria cultura (CSNE, 2019, p. 01).

Quando encontro X, de uma cultura diferente da minha, ajo de uma maneira que me parece natural, enquanto X age da maneira que lhe parece natural. O único problema é [quando] nossos ‘modos naturais’ não coincidem (CARROLL, 1987, pp. 17-20; tradução Lygia F. Ferreira).

¹⁴⁶ Informação verbal fornecida pela Professora Ligia F. Ferreira em 11/11/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹⁴⁷ Informação verbal fornecida pela Professora Ligia F. Ferreira em 11/11/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

Foi relatado por profissionais da área da saúde pública que, muitas vezes o paciente é visto pelo profissional da saúde como responsabilizado pela sua doença: “está doente pois bebeu”. O tratamento começa pela postura do próprio profissional, que deve ser corresponsabilizado pelo tratamento do paciente e não ver a culpa da doença como somente do sujeito (informação verbal¹⁴⁸). O médico, ao prescrever um tratamento deve fazê-lo de acordo com as previsões legais e melhor interesse do paciente pois se está tomando uma decisão em saúde, e estas devem ser aperfeiçoadas no Brasil, para efetivar o Direito à Saúde (AITH, 2017).

[...] antes de poder compreender a cultura do outro, devo tomar consciência da minha própria cultura, das minhas pressuposições culturais, dos implícitos que informam a minha interpretação, das minhas evidências (CARROLL, 1987, pp. 17-20; tradução Lygia F. Ferreira).

Embora a integração e a compreensão intercultural sejam desejáveis (como no caso “Joude”, políticas desejáveis e como em “Bonis”, exemplo de não desejável;), para a Professora Sylvia Dantas, o SUS não tem uma formação intercultural (informação verbal)¹⁴⁹. Algumas crianças imigrantes foram taxadas de autistas nas escolas, pela não compreensão de suas vivências, o que pode ser resultado de bloqueio emocional ou de bloqueio de compreensão (informação verbal)¹⁵⁰. Porém, deve-se buscar combater esse cenário, uma vez que a formação de profissionais de saúde pode facilitar ou dificultar o acesso à saúde, na experiência dos profissionais da área (informação verbal¹⁵¹). Para dar concretude ao direito à saúde, é preciso planejamento e uma boa execução pelo poder público (DUARTE, 2017).

¹⁴⁸ Informação verbal obtida em 25/04/2018 na Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

¹⁴⁹ Informação verbal fornecida pela Professora Sylvia Duarte Dantas em 07/10/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹⁵⁰ Informação verbal fornecida pela Professora Maria Gabriela M. Leifert em 07/10/2017 no “Curso de Extensão Saúde Mental, Imigração e Interculturalidade”, promovido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Departamento de Saúde Preventiva. Curso realizado entre 23 de setembro a 02 de dezembro de 2017.

¹⁵¹ Informação verbal obtida em 03/05/2018 na Palestra “Direito à saúde e a incongruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde: a experiência de Moçambique”, proferida pelo Prof. Dr. Fernando Mítano como parte da Disciplina “ERM 5701- Políticas de Saúde”, promovida pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública. Docentes responsáveis: Profa Dra Aline Aparecida Monroe e Prof Dr. Pedro Fredemir Palha. Disciplina cursada no Primeiro Semestre de 2018.

No tratamento de saúde, os profissionais devem possuir empatia e quando necessário para o tratamento, seria interessante a intermediação por intérpretes e intermediadores culturais, a fim de diminuir as diferenças linguísticas e culturais no tratamento. Porém, sabe-se do alto custo de tal disposição (KUBLIKOWSKY, MACIEL, JUNIOR; SOUZA, 2017).

Para favorecer a inserção do imigrante no país de acolhida, devem ser garantidas boas condições de saúde (item “trabalho e imigração” e “A saúde como motivação”), além de serem criadas condições de empatia do nacional com o não nacional (KUBLIKOWSKY, MACIEL, JUNIOR; SOUZA, 2017). Outra barreira à saúde do imigrante é o desconhecimento, cada vez mais comum pelas pessoas, das normas que regulam a vida em sociedade (ALVAREZ, 2017). Dentre essas, das normas que regulam o acesso à saúde por imigrantes.

Jardim (2017) relata sobre as resistências a atendimentos a imigrantes indocumentados e dispõe que os agentes públicos e de saúde têm uma tendência a pressupor, mesmo para os documentados, que estes não têm direitos. Para Duarte (2017) é importante identificar e pesquisar as causas que geram dificuldade de acesso ao SUS pela população. O papel dos atores administrativos é bastante importante para efetivar esse acesso.

A poluição normativa da saúde pode prejudicar os direitos de todos os cidadãos de acesso, e ser ainda mais prejudicial no que diz respeito ao imigrante, pois além das normativas em saúde, deve-se considerar normativas de migração e muitos desconhecem os direitos dos imigrantes.

Embora a Constituição Federal não tenha feito referência expressa a esse tema, não poderá o particular insultar a saúde de outrem sob a alegação de que o outro não é destinatário do direito” (LINS; ROSA, 2014, p. 33). Nesse sentido, não podem os profissionais de saúde se recusarem a prestar assistência a imigrantes, sob alegação de que estes não são destinatários da norma.

Até aqui usamos as narrativas para discorrer sobre os itens de dificuldade em saúde identificados no capítulo anterior. A seguir iremos dispor sobre as recomendações da Comigrar em 2014 que tiveram como função tentar responder a estas dificuldades.

5.2 Comigrar

Tendo em vista as dificuldades acima identificadas, foi realizada entre 30 de Maio e 1º de Junho de 2014 a 1ª Conferência Nacional sobre Migrações e Refúgio na cidade de São Paulo/ SP (COMIGRAR).

[...] 1ª Conferência Nacional sobre Migrações e Refúgio (COMIGRAR), (PORTAL PARTICIPA, 2014), realizada no ano de 2014, pois se trata de iniciativa governamental voltada à questão migratória, coordenada pelo Ministério da Justiça, em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério das Relações Exteriores, que ainda contou com o apoio das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Referida medida objetivou reunir migrantes, estudiosos, profissionais envolvidos na temática, servidores públicos e representações diversas relacionadas à migração e refúgio para reflexão e debate coletivos, a fim de desenvolver a Política e Plano de Migrações e Refúgio (BORGES, MATTOS, SARTURI, 2015, p. 71).

A COMIGRAR representou um diálogo entre a sociedade civil e governo, o que deve ser incentivado. Também são importantes os grupos acadêmicos de extensão e apoio a imigrantes (CÉSARO; GULARTE, 2015) e teve como resultado a elaboração de 2500 recomendações, em seu Caderno de Propostas (CARNEIRO, 2018, p. 57).

O ano de 2014 marcou a iniciativa do governo federal em debater com a sociedade civil os rumos de uma nova Política Nacional para Migração e Refúgio. Esse processo culminou na 1ª Conferência Nacional para Migrações e Refúgio (Comigrar), organizada pelo Ministério da Justiça, como última etapa de outras conferências preparatórias, as quais contaram com a participação direta de imigrantes e refugiados no Brasil. Ao eleger cinco eixos e diálogo, todos voltados à agenda dos direitos humanos (REDIN, 2015, p. 121).

A elaboração do Caderno de Propostas teve como função unir as proposições das Conferências Regionais, Estaduais, Municipais, Livres e Virtuais. Na etapa nacional, o mencionado Caderno e suas proposições foram amplamente debatidos, dos quais se deve destacar o seguinte (COMIGRAR, 2014), relacionado à saúde e migração.

No que diz respeito à interculturalidade, nas Etapas Preparatórias sugeriu-se que se elaborassem políticas com enfoque na diversidade multicultural existente no país. Para isso, poder-se-iam promover encontros, feiras, festivais de teatro e cinema, além da criação de institutos e associações culturais da comunidade de migrantes, imigrantes e refugiados, proporcionando, inclusive, um ambiente de encontro intercultural entre brasileiros e imigrantes. Também se sugeriu que o tema migratório faça parte do currículo escolar, educando para a diversidade e capacitando gestores e educadores para lidarem com a multiculturalidade. Foi proposto ainda a ampliação da formação de mediadores e

agentes culturais e da instituição do Dia Nacional da Interculturalidade (COMIGRAR, 2014).

Na Etapa Nacional, no que diz respeito à interculturalidade, acrescentaram-se as seguintes sugestões: aumento do investimento na cultura; reconhecer a cultura imaterial; promover o acesso à informação multilíngue, para assim mobilizar uma maior participação sem necessidade de intermediadores. Apoiar e incentivar a participação de organizações; incentivar a cultura do migrante mediante outras instituições como as Secretarias da Cultura; descentralizar a informação; incentivar a participação das organizações de migrantes; instaurar a Semana do Migrante; especificar quais as políticas devem fazer parte do Sistema Nacional de Cultura; incentivar o diálogo entre cultura e educação; facilitar o acesso do migrante a instituições que incentivam a realização de encontros e manifestações (COMIGRAR, 2014, p. 01).

Foi sugerido ainda transversalizar a implementação de políticas, não criando novas organizações; incentivar a informação inclusiva; fomentar o turismo dentro do Mercosul a fim de incentivar a formação de uma identidade latino-americana; que se crie organização do governo, que a mesma seja controlada e fiscalizada, para assim garantir os direitos dos migrantes; que seja levado em consideração especificidades da migração de cada município, assegurando a autonomia do mesmo na elaboração de políticas migratórias. Políticas devem ser feitas de forma local e implementadas de forma local (COMIGRAR, 2014, p. 01).

Também se sugeriu na Etapa Nacional que se fomente a integração entre brasileiros e estrangeiros; que se faça uma agenda dos migrantes; que se incentive a participação através do Sistema Nacional de Cultura; que se inclua literatura; que se estabeleçam parcerias com empresas privadas; que se garantam recursos para políticas culturais para migrantes e refugiados nos estados e municípios, inclusive recursos federais; que se assegure o direito ao acesso às estruturas já existentes nas cidades; que se implantem cotas para migrantes, imigrantes e refugiados (COMIGRAR, 2014, p. 01).

Foi proposto ainda que se fomentassem atividades de pesquisa, ensino e extensão nas universidades acerca de migração e refúgio; que se apoiassem as instituições; que se fomente uma cultura de acolhida, solidariedade e da não discriminação; que se assegurem editais em vários idiomas; que se destaquem os adolescentes e jovens migrantes; que se crie um meio de comunicação, um site por exemplo, que reúna os editais abertos para

atividades culturais; que se acrescente a questão religiosa no campo “diversidade cultural, linguística, etc.”; que se inclua nos currículos das universidades a temática da diversidade cultural e das migrações para preparar professores para atuar nas escolas (COMIGRAR, 2014, p. 01).

Por fim, que se combata todo tipo de linguagem xenofóbica e sensacionalista na mídia; que se criem mecanismos de controle e avaliação de políticas de ação afirmativa; que se ampliem os meios de comunicação para imigrantes, em suas línguas; que se assegure os direitos humanos nos municípios, com orçamento próprio para assessoria e apoio a projetos culturais das comunidades migrantes (COMIGRAR, 2014, p.01).

Quanto ao Direito à Saúde, foi apontado pelos imigrantes, nas Etapas Preparatórias que se assegure que migrantes e refugiados, independentemente do status migratório, especialmente idosos, mulheres e crianças, egressos do sistema penitenciário e público LGBT, sejam devidamente atendidos pelo Sistema Único de Saúde através da simplificação da emissão do cartão SUS e da criação de Centros de Referências de Saúde de migrantes nas localidades de maior fluxo migratório, oferecendo tratamento e prevenção a doenças causadas pela experiência da migração e do refúgio, psicológicas e físicas, programa antidrogas, com atendimento em diversos idiomas e direito ao anonimato, com protocolos de atenção aos migrantes, refugiados e vítimas de tráfico humano e com equipe sensibilizada e capacitada para o atendimento humanizado e para especificidades da saúde das pessoas em mobilidade (COMIGRAR, 2014, p. 01).

Na Etapa Nacional, por sua vez, sugeriu-se que as Políticas Migratórias: reforcem que o atendimento aos imigrantes aconteça em todos os níveis de atenção do sistema único de saúde; que se inclua na pauta migratória no âmbito da política de educação em saúde, sobretudo no âmbito da prevenção; que se criem Centros de Referência de Saúde de Migrantes ou de equipes de referência, com olhar intercultural e humanizado nas unidades básicas para atendimento deste público ou reconhecer as unidades básicas de saúde como centros interculturais nos territórios de alto fluxo imigratório (COMIGRAR, 2014, p. 01). Que se inclua o eixo de saúde do imigrante nas Conferências de Saúde; que se reforce a dimensão intercultural; que se inclua no texto “oferecendo tratamento e prevenção a doenças de forma geral, inclusive causadas pela experiência da migração e do refúgio, psicológicas e físicas”; que se crie um centro de atenção básica na rede de saúde geral preparado para atender os estrangeiros uma vez que culturalmente existem

conceitos e categorias particulares de cada cultura. Os conceitos de saúde são diferentes (COMIGRAR, 2014, p. 01).

Em continuação, que se crie um Centro de referência que as pessoas confiem e que possam ser atendidas com acompanhamento de médicos e pessoas capacitadas para atender esses imigrantes. Inclusive com necessidades especiais, grávidas, crianças e necessidades alimentares também; que se criem unidades específicas de atendimento para imigrantes por tempo determinado de saúde global, física e mental. A vulnerabilidade psicológica ocupa um bom espaço na vida dessas pessoas. Capacite-se a rede de saúde em língua e sensibilização desses funcionários (COMIGRAR, 2014, p. 01).

Faz parte da etapa nacional que se crie um centro de acolhimento de saúde, pode ser temporário e ser integrado com um centro de acolhimento que se ocupa de outras áreas da vida desse imigrante. Sensibilização de um processo de educação continuada para equipe de saúde; que se proporcione atendimento em outras línguas para informar os imigrantes sobre a área da saúde como também informativos em várias línguas. A dificuldade de comunicação é uma barreira para o atendimento médico (COMIGRAR, 2014, p. 01).

Ainda, que se aplique nos concursos públicos cotas para falantes de outras línguas e lotar esses funcionários por todas as unidades de saúde para poder atender o maior número de imigrantes e mais unidades possíveis. Ademais, que se crie serviços de tradução por telefone para auxiliar na saúde. Também, que se capacite para o atendimento psicossocial inclusive em línguas. Que se criem hospitais de baixo custo para atender imigrantes com baixa renda e se promova a manutenção das práticas culturais de vários grupos de imigrantes. Os centros de referência também devem manter atendimento psiquiátrico (COMIGRAR, 2014, p. 01).

Que se reforcem e disseminem entre os estados boas práticas. Ex.: Projeto “Mãe Curitibana”. Que sensibilizem os estudantes da área da saúde para o trabalho com estrangeiros. Que se promova o atendimento para mulher grávida com crianças, e também centros de acolhimento. Que se divulgue, em vários idiomas, que o migrante ainda que indocumentado tem direito aos serviços de saúde. Que se contratem imigrantes e refugiados para o atendimento a esta população (COMIGRAR, 2014, p. 01).

Ademais, que se reduza o tempo de atendimento dentro dos centros de saúde; que se implante casa de acolhimento para as imigrantes e para as mulheres em situação de

violência e suas famílias, com apoio de redes da sociedade civil e estado; que se melhore o texto da saúde, que seria muito pobre. Que registre-se a divergência entre criar ou não um centro específico para migrantes como prática excludente. Da mesma forma que criar escolas específicas para imigrantes é uma forma de exclusão, um centro de saúde só para imigrantes pode ser segregador (COMIGRAR, 2014, p. 01).

Ainda, que se viabilizem intérpretes, criação de bancos de intérpretes ou ainda contrato de imigrantes e refugiados para fazer a intermediação. Garantir que o imigrante seja atendido em sua língua materna. Também se deve fortalecer a rede local e registrar que não se busca um atendimento especial ou diferenciado, mas sim que diferentemente dos nacionais, os imigrantes estão em vulnerabilidade e contam quase que exclusivamente com as unidades de apoio (COMIGRAR, 2014, p. 01).

As Etapas Preparatórias também sugeriram que assegurem, através de aparatos legais, o pleno acesso aos direitos, liberdades e garantias fundamentais, individuais e coletivos, ao acesso à justiça e ao tratamento igualitário e não discriminatório entre brasileiros e estrangeiros, independentemente da sua origem, nacionalidade, condição socioeconômica, formação profissional ou status migratório, reconhecendo diversidades étnicas e culturais e de gênero, características específicas do fluxo migratório que originou o deslocamento, bem como elaborar parâmetros norteadores para o efetivo acesso a todos os serviços públicos, bem como assegurar o atendimento equânime, reduzir burocracias e eliminar barreiras de acesso aos processos de regularização migratória, emissão de documentos, a programas, serviços e benefícios sociais do governo (COMIGRAR, 2014, p. 01).

Por fim, as Etapas Preparatórias sugeriram que se promova o debate junto à sociedade brasileira para promover alterações constitucionais e legislativas necessárias a permitir o direito à elegibilidade, e ao voto, de modo a possibilitar o efetivo exercício da participação política, assim como também, permitir aos brasileiros residentes no exterior, o direito de elegerem seus representantes para cargos executivos e legislativos nacionais, estaduais e municipais. A Etapa Nacional sugeriu, dentre outros, que: fomente-se a promoção da participação; que se definam os direitos políticos dos estrangeiros, que se adote como critério para concessão de direitos políticos a residência por dois anos no país e que inclua-se o direito à associação (COMIGRAR, 2014, p. 01).

Nesse sentido, a Lei de Migração seguiu a última recomendação, para garantir o direito de associação, inclusive sindical, o direito de reunião para fins pacíficos e 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. Também se asseguraram direitos e liberdades civis, sociais, culturais e econômicos, mas não os direitos políticos (BRASIL, 2017).

5.3 Conclusões Parciais

Neste capítulo usamos as narrativas do capítulo anterior para discorrer sobre as seguintes dificuldades em saúde: saúde como uma manifestação cultural e xenofobia; zonas de invisibilidade e burocracia criadas para os imigrantes; não nacionais com dificuldades com o idioma local; atendimento para imigrantes delegados para o terceiro setor; territorialização do SUS e como isso reflete nos imigrantes; empatia dos agentes do SUS e compreensão por estes da outra cultura.

Em seguida, se dispôs sobre as recomendações da Comigrar em 2014 que tiveram como função tentar responder a estas dificuldades.

Dentre outras recomendações, se sugeriu que se incluía o eixo de saúde do imigrante nas Conferências de Saúde; que se reforce a dimensão intercultural.

CONCLUSÃO

A questão que motivou este trabalho foi verificar a existência de barreiras informais ao pleno acesso ao direito à saúde por imigrantes no Brasil, direito previsto na Constituição Federal (caput. Art. 5º).

Para tanto, no Capítulo 1 sobre “o histórico de imigração para o Brasil”, foram abordadas as migrações no Brasil e no mundo. Verificou-se a importância do estudo dos fluxos migratórios e a vulnerabilidade a que estão sujeitos os imigrantes. Constatou-se a dificuldade em cruzar fronteiras (conceito de loteria geográfica); a cidadania de segunda classe do não nacional e o sonho em fazer parte da sociedade do país de acolhimento.

Também se vislumbrou a situação de miserabilidade dos campos de refugiados e a importância das políticas públicas de acolhimento e de saúde aos imigrantes.

No Capítulo 2, se estudou a saúde como uma manifestação intercultural. Quanto à universalidade e à construção contínua de um sistema de saúde que esteja apto a atender imigrantes internacionais, considera-se que a migração é um fenômeno complexo e que envolve mudanças em todas as áreas da vida do sujeito, não consistindo apenas em uma simples mudança de endereço (FRANKEN; COUTINHO; RAMOS, 2017).

A migração é um fato social completo e deve ser estudado sob uma ótica intercultural, o que deve ser buscado na saúde, uma vez que a migração impacta no atendimento de saúde dos imigrantes no seu novo contexto geográfico. Vimos que o conceito de saúde é um conceito indeterminado (AITH, 2017) e que culturas diferentes podem ter compreensões diferentes em saúde.

O Capítulo 3 teve como objetivo prestar informações sobre o SUS para os imigrantes. Constatou-se que, a despeito do SUS ser considerado como um sistema modelo, na prática a saúde pública ainda não consegue atender a todos (BAPTISTA, 2007). Sendo o direito à saúde uma conquista do movimento social, segue a luta contínua para implementá-lo efetivamente (MENICUCCI, 2014).

Ainda, que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve possuir políticas voltadas para os cuidados com a saúde tanto dos brasileiros quanto dos imigrantes, uma vez que foi

construído com fundamento em princípios universalistas e igualitários (MENICUCCI, 2014).

Vimos que o conceito de saúde muda ao longo do tempo, assim como a previsão constitucional de saúde e a forma de proteger este direito. A saúde é um conceito vago e em construção e a implementação do SUS no Brasil foi fruto de movimentos sociais e de um processo histórico riquíssimo. Nesse cenário, deve-se destacar, ainda, que a saúde está inserida no campo das políticas sociais, e, em meio a tantos conceitos, compreensões e expectativas diferentes sobre o que esperar em saúde, os governantes devem escolher quais ações priorizar.

Concluiu-se que, embora existam diversos interesses em saúde, o SUS ainda é o sistema capaz de melhor atender aos anseios da população nessa área e de promover a equidade, corrigindo o acesso desigual. A efetivação do direito à saúde é fundamental para garantir a dignidade humana do imigrante no Brasil, sendo um importante elemento sobre a qualidade de vida no país e um indicador de relação complementar entre desenvolvimento no Estado Democrático de Direito e acesso a direitos fundamentais.

Pode-se observar que é importante para o acesso à saúde, que os usuários do SUS tenham conhecimento de seu funcionamento e do que tem direito.

No capítulo 4 foram analisados casos práticos sobre o acesso à saúde no país. Por meio dos relatos, coletados em experiências empíricas, pudemos identificar alguns aspectos sobre as dificuldades em saúde no que diz respeito à imigrantes, comprovando que a saúde é uma manifestação cultural. As narrativas serviram para comprovar as dificuldades de acesso à saúde do imigrante no Brasil.

O Capítulo 5 reuniu as dificuldades relatadas no Capítulo 4 e as recomendações da Comigrar 2014 em saúde. Foram identificadas barreiras de acesso, tais como xenofobia; zonas de invisibilidade e burocracia criadas para os imigrantes gerando dificuldade em obter documentos válidos e aceitos pelas repartições públicas e companhias privadas, (como bancos e imobiliárias.); não nacionais com dificuldades com o idioma local; atendimento para imigrantes delegados para o terceiro setor; territorialização do SUS e como isso reflete nos imigrantes; empatia dos agentes do SUS e compreensão por estes da outra cultura.

As Recomendações da Comigrar, finalizadas em 2014, tiveram como função tentar responder a estas dificuldades no sentido de se elaborem políticas com enfoque na

diversidade multicultural existente no país; também se sugeriu que o tema migratório faça parte do currículo escolar, educando para a diversidade; aumento do investimento na cultura; reconhecer a cultura imaterial; promover o acesso à informação multilíngue, para assim mobilizar uma maior participação sem necessidade de intermediadores (a Profa Sylvia Dantas sugere o uso de intermediadores interculturais).

Diante de toda essa discussão conclui-se que o SUS deve estar preparado para receber pacientes imigrantes. É necessário e recomendável que o paciente tenha meios de expressar suas angústias, mesmo em casos em que não compreenda a língua portuguesa. Esta necessidade ficou clara nos contatos que foram feitos com profissionais de diversos ramos e atividades que atuam no auxílio e estudo de imigrantes, nos estudos empíricos realizados neste trabalho.

O SUS deve estar apto para atender aos imigrantes e a compreender a sua cultura, deve-se minimizar o sofrimento dos imigrantes e assegurar o acesso aos seus direitos fundamentais (RIBEIRO, 2015).

Concluiu-se que a percepção intercultural pelo profissional da área é muito importante para a plena efetivação do direito à saúde no País, devendo investir-se na formação intercultural de profissionais de saúde pública. Os profissionais devem ser treinados para compreender vivências interculturais e as necessidades de tratamentos diversos, quando se trata de um não nacional.

No mais, a sociedade como um todo deve estar mais aberta a receber os imigrantes.

REFERÊNCIAS¹⁵²

AASP. **STF: maioria vota por liminar decreto que extingue conselhos federais**. 2019. Disponível em <https://aplicacao.aasp.org.br/aasp/imprensa/clipping/cli_noticia.asp?idnot=29341>. Acesso em 13 de Julho de 2019

AASP. **Supremo suspende regra de decreto presidencial que extingue conselhos federais previstos em lei**. 2019. Disponível em <https://aplicacao.aasp.org.br/aasp/imprensa/clipping/cli_noticia.asp?idnot=29345>. Acesso em 14 de Julho de 2019

AGAMBEN, G. **Homo Sacer: O Poder Soberano e a Vida Nua I, tradução de Henrique Burigo**. 2 Ed. Belo Horizonte: UFMG: Humanitas, 2010, 197p.

AITH, F. **Direito à Saúde e Democracia Sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, 207p.

AITH, F. M. A. Efetivação do direito à saúde em seus múltiplos caminhos. Novas institucionalidades para a solução de conflitos em saúde. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coord.). **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo**. 1ª ed. São Paulo: SaraivaJur, 2017. 522p.

AKERMAN, M. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos** AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida, [2015](#). 374 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde).

ALMEIDA, G. M. R.; BAENINGER, R. Modalidades Migratórias Internacionais: da diversidade dos fluxos às novas exigências conceituais. In.: **Migrações Internacionais**. Coleção Por dentro do Estado de São Paulo, Campinas, V. 9, p. 23-34, 2013.

ALVAREZ, A. P. Do Direito de Acesso ao Direito, como Atributo Essencial do Acesso à Justiça; Reflexões sobre a Situação Brasileira e Europeia. In: CICCIO, M. A.; BARROSO, L. B., PERAZZOLO, J. R., PINTO, E. V., SILVA, M. M. (Coord). **Refugiados, Imigrantes e Igualdade dos Povos: estudos em homenagem a António Guterres**. São Paulo: Quartier Latin, 2017. 1338p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde**. In: MATTA, Gustavo Corrêa. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, 29 – 60.

¹⁵² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BECKER, A. P. S.; BORGES, L. M. Dimensões psicossociais da imigração no contexto familiar. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, V. 35, n. 88, p. 126-144, 2015.

BERNER, V. O. B. Direito a migrar no marco das garantidas: o caso do Brasil. In: PRONER, C; BARBOZA, E. M. Q.; GODOY, G. G. (Coord.). **Migrações: Políticas e Direitos Humanos sob as Perspectivas do Brasil, Itália e Espanha**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 448p.

BONAVIDES, P (Diretor). **Revista Latino-Americana de Estudos Constitucionais**; Belo Horizonte, Del Rey, 2005.

BONINI, L. M. M. Multiculturalismo e Dignidade das Minorias: Reflexões sobre Políticas de Acolhimento. In: CICCO, M. A.; BARROSO, L. B., PERAZZOLO, J. R., PINTO, E. V., SILVA, M. M. (Coord). **Refugiados, Imigrantes e Igualdade dos Povos: estudos em homenagem a António Guterres**. São Paulo: Quartier Latin, 2017. 1338p.

BONIS, G. **Refugiados de Idomeni: o retrato de um mundo em conflito**. 1ª Ed.; São Paulo, Hedra, 2017.

BORGES, L. A.; MATTOS, A. L.; SARTURI, C. A. Políticas públicas de acolhida a imigrantes: discussões e experiências. In: MICHOLA, L. A. B.; REDIN, G. (Coord.). **Imigrantes no Brasil: Proteção dos Direitos Humanos e Perspectivas Político - Jurídicas**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 376p.

BRASIL DE FATO. **Repórter SUS | Decreto do governo Bolsonaro ameaça extinguir conselhos de saúde**. 2019. Disponível em <https://www.brasildefato.com.br/2019/04/22/reporter-sus-or-decreto-do-governo-bolsonaro-ameaca-extinguir-conselhos-de-saude/>. Acesso em 13 de Junho de 2019

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. 2017. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 10 maio 2017.

BRASIL. **Decreto n. 678/1982**. 2017. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/anexo/and678-92.pdf>. Acesso em 10 maio 2017.

BRASIL. **Lei Decreto nº 9.979/2019**. 2019. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm>. Acesso em 13 Junho 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.445 de 24 de Maio de 2017**. 2017. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm>. Acesso em 23 maio 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. 2017. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 10 maio 2017.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **A Constituição e o Supremo**. 2017. Disponível em <<http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigobd.asp?item=31>>. Acesso em 15 maio 2017.

BRECHT, B. **Conversas de refugiados**. 1ª Ed.; São Paulo, Editora 34, 2017.

BRITO, P. R. Judicialização da saúde e desarticulação governamental: uma análise a partir da Audiência Pública da saúde. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coord.). **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo**. 1ª ed. São Paulo: SaraivaJur, 2017. 522p.

BUCCI, M. P. D. Contribuição para a redução da judicialização da saúde. Uma estratégia jurídico- institucional baseada na abordagem de Direito e Políticas Públicas. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coord.). **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo**. 1ª ed. São Paulo: SaraivaJur, 2017. 522p.

BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coord.). **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo**. 1ª ed. São Paulo: SaraivaJur, 2017. 522p.

BUHRING, M. A. **Mobilidade, Fronteiras & Direito à Saúde**. Porto Alegre, Livraria do Advogado, 2016.

BUSNELLO, P. C. Indivíduo, Espaço e Sociedade no Cenário Global. In: CICCO, M. A.; BARROSO, L. B., PERAZZOLO, J. R., PINTO, E. V., SILVA, M. M. (Coord.). **Refugiados, Imigrantes e Igualdade dos Povos: estudos em homenagem a António Guterres**. São Paulo: Quartier Latin, 2017. 1338p.

BURSZTYN, M. (Org.). **No Meio da Rua, nômades excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. 256p.

CÂMARA, H. F.; CHUEIRI, V. K. Direitos Humanos em Movimento: Deslocamentos e Desestabilização Constitucional. In: PRONER, C; BARBOZA, E. M. Q.; GODOY, G. G. (Coord.). **Migrações: Políticas e Direitos Humanos sob as Perspectivas do Brasil, Itália e Espanha**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 448p.

CARNEIRO, C. S. **Políticas Migratórias no Brasil e a Instituição dos “Indesejados”:** a Construção Histórica de um Estado de Exceção para Estrangeiros. IN.: Revista Opin. Jur., Fortaleza, ano 16, n. 22, p.56-85, jan./jun. 2018.

CARVALHO RAMOS, André de. **Asilo e refúgio: semelhanças, diferenças e perspectivas**. In: *60 anos de ACNUR: perspectivas de futuro*[S.l: s.n.], 2011.

CASTLES, S.; MILLER, M. J. **La Era de La Migracion - Movimientos Internacionales de Población en el Mundo Moderno**. Zacatecas - México, Universidad Autonoma de Zacatecas, 2004.

CÉSARO, F. S.; GULARTE, G. A securitização do tema migratório no Brasil. In: MICHOLA, L. A. B.; REDIN, G. (Coord.). **Imigrantes no Brasil: Proteção dos Direitos Humanos e Perspectivas Político - Jurídicas**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 376p.

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGUI, M. A. B. **A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês**. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000600009&lang=pt>. Acesso em 05 maio 2017.

CICCO, M. A.; BARROSO, L. B., PERAZZOLO, J. R., PINTO, E. V., SILVA, M. M. (Coord). **Refugiados, Imigrantes e Igualdade dos Povos: estudos em homenagem a António Guterres**. São Paulo: Quartier Latin, 2017. 1338p.

CNS. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/composicao-cns>>. Acesso em 14 de Julho de 2019.

CNS. **Conselho Nacional de Saúde - Segmento Usuário**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/images/documentos/composicao_cns_20052019.pdf>. Acesso em 14 de Julho de 2019.

COELHO, R. M. G. **Assistência Jurídica a brasileiros e estrangeiros: nacionalidade, naturalização, vistos e temas correlatos**. 22ª Ed.; Curitiba, Juruá, 2011.

COHN, Amélia. **O Estudo das Políticas de Saúde: implicações e fatos**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. cap. 8, p. 231-258.

COLOMBI, E. M. Refugiados e Imigrantes no Brasil. In: CICCO, M. A.; BARROSO, L. B., PERAZZOLO, J. R., PINTO, E. V., SILVA, M. M. (Coord). **Refugiados, Imigrantes e Igualdade dos Povos: estudos em homenagem a António Guterres**. São Paulo: Quartier Latin, 2017. 1338p.

COMIGRAR. **Conferência Nacional sobre Migrações e Refúgio**. 2014. Disponível em <<https://reporterbrasil.org.br/documentos/comigrar.pdf>>, acesso 30 Maio 2019.

CSNE. **Objectivos da Mediação Intercultural**. 2019. Disponível em <http://www.cnse.es/inmigracion/index.php?option=com_content&view=article&id=602&Itemid=704&lang=pt>. Acesso em 14 de Julho de 2019.

D.; DUARTE, C. S. (Coord.). **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo**. 1ª ed. São Paulo: SaraivaJur, 2017. 522p.

DALLARI, D. A. Prefácio. In.: AITH, F. **Direito à Saúde e Democracia Sanitária**. São Paulo: Quartier Latin, 2017, 207p.

DANIELLI, R. **A judicialização da saúde no Brasil: do viés individualista ao patamar de bem coletivo**. Belo Horizonte: Fórum Conhecimento Jurídico, 2017. 158p.

DANTAS, D. S. (Org.) **DIÁLOGOS INTERCULTURAIS: Reflexões interdisciplinares e intervenções psicossociais.** Disponível em <<http://www.iea.usp.br/pesquisa/grupos/dialogos-interculturais/publicacoes/dialogosinterculturais.pdf>>. Acesso em 22 maio 2017.

DANTAS, S. **Psicologia, e/imigração e cultura.** 1. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, Livraria e Editora LTDA, 2004.

DAVIES, A. C. I. **Saúde Pública e seus limites constitucionais.** São Paulo: Verbatim, 2006. 111p.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>. Acesso em: 11 Jan. 2019.

DUARTE, C. S. Inovações de método para o trabalho jurídico. A experiência do grupo de pesquisa Direitos Sociais e Políticas Públicas. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coord.). **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo.** 1ª ed. São Paulo: SaraivaJur, 2017. 522p.

EL PAÍS. **Dor de ossos e depressão: estas são as doenças mais comuns dos trabalhadores que emigram.** Disponível em <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/07/02/internacional/1562075336_727757.html?id_externo_rsoc=whatsapp>. Acesso em 11 de Julh 2019

EXAME. **Alunos imigrantes são tidos como caso de saúde mental em SP.** 2017. Disponível em <<http://exame.abril.com.br/brasil/alunos-imigrantes-sao-tidos-como-caso-de-saude-mental-em-sp/>>. Acesso em 20 maio 2017.

FARIAS, M.A. **Judicialização da Saúde: Doutrina e Jurisprudência.** Rio de Janeiro. Lumen Juris, 2017. 156p.

FGV. **Institutos de Aposentadorias e Pensões.** 2017. Disponível em <<https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP>>, acesso em 09 Julh 2018.

FLEURY, Sônia; OUVÉNEY, Assis Mafort. **Política de saúde: Uma política social.** IN GIOVAVELLA, L ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C; CARVALHO, A.I. Políticas e sistemas de saúde no Brasil, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008, cap 1.

FRANKEN, I.; COUTINHO, M. P. L; RAMOS, M. N. P. **Representações Sociais, Saúde Mental e Imigração Internacional.** Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n1/v32n1a15.pdf>>. Acesso em 21 maio 2017

FREHSE, F. Clifford Geertz. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa.** Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77011998000200011>. Acesso em 01 maio 2017

GAMA, A. S.; GOUVEIA, L. **SUS Esquematizado - Teoria e Questões**. 5ª Ed.; Rio de Janeiro, Ferreira, 2017: 272p.

GODOY, G. G. Encontrar-se com o Estrangeiro. In: CICCIO, M. A.; BARROSO, L. B., PERAZZOLO, J. R., PINTO, E. V., SILVA, M. M. (Coord). **Refugiados, Imigrantes e Igualdade dos Povos: estudos em homenagem a António Guterres**. São Paulo: Quartier Latin, 2017. 1338p.

GREGORI, M. S. O Direito à Saúde do Refugiado no Brasil. In: CICCIO, M. A.; BARROSO, L. B., PERAZZOLO, J. R., PINTO, E. V., SILVA, M. M. (Coord). **Refugiados, Imigrantes e Igualdade dos Povos: estudos em homenagem a António Guterres**. São Paulo: Quartier Latin, 2017. 1338p.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa. **(Re)Pensando a Pesquisa Jurídica: teoria e prática**. 3. ed., rev. e atual. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

IOM. **World Migration Report**. 2018. Disponível em <https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf>, acesso 23 Maio 2019.

JARDIM, D. F. **Imigrantes ou Refugiados? Tecnologias de controle e as fronteiras**. 1ª Ed.; Jundiaí, Paco Editorial, 2017.

JASSOUMA, J.; CAMBRONNE, L. **Eu venho de Aleppo: itinerário de um refugiado**. 1ª Ed.; São Paulo, Vestígio, 2017.

JORGE, I. R. A base normativa da política de assistência farmacêutica: os efeitos da atividade normativa infralegal. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coord.). **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo**. 1ª ed. São Paulo: SaraivaJur, 2017. 522p.

JÚNIOR NUNES, V. S.; SERRANO, M. A. M. A Tutela dos Direitos dos Refugiados e Direito à Saúde. In: CICCIO, M. A.; BARROSO, L. B., PERAZZOLO, J. R., PINTO, E. V., SILVA, M. M. (Coord). **Refugiados, Imigrantes e Igualdade dos Povos: estudos em homenagem a António Guterres**. São Paulo: Quartier Latin, 2017. 1338p.

KUBLIKOWSKY, I; MACIEL, JUNIOR, F. A.; SOUZA, R. M. Refugiados e os Desafios à Saúde Mental – uma Análise sob a Perspectiva da Psicologia Clínica. In: CICCIO, M. A.; BARROSO, L. B., PERAZZOLO, J. R., PINTO, E. V., SILVA, M. M. (Coord). **Refugiados, Imigrantes e Igualdade dos Povos: estudos em homenagem a António Guterres**. São Paulo: Quartier Latin, 2017. 1338p.

KRISTEVA, J. **Estrangeiros para nós mesmos**. Trad. de Maria Carlota Carvalho Gomes. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LAURELL, Asa Ebba Cristina. **Competing health policies: insurance against universal public systems**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 24, e2668, 2016.

LAVRAS, Carmen. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. Saúde soc., 2011, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874.

LAVRAS, Carmen. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. Saúde soc., São Paulo, 2011, v. 20, n. 4, p. 867-874.

LEITE, C. A. A. **Direito Fundamental à Saúde: efetividade, reserva do possível e o mínimo existencial**. Curitiba, Juruá, 2014, 226p.

LEITE, V. G. **Saúde em Juízo: o excesso do Judiciário e a escassez dos leitos de UTI no estado do Ceará**. Rio de Janeiro. Lumen Juris, 2017. 250p.

LINS, L. C. B; ROSA, M. A. **Manual de Direito à Saúde Para Advocacia Pública e Privada**. Curitiba, Juruá, 2014, 199 p.

LÍRIO, S. Um repórter em Idomeni. In.: **Refugiados de Idomeni: o retrato de um mundo em conflito**. 1ª Ed.; São Paulo, Hedra, 2017.

LOPES, J. R. **Direitos Sociais: Teoria e prática**. 1. Ed. São Paulo: Editora Método, 2006.

LUCAS, J. Derechos Humanos y Políticas Migratorias: elementos para outra política. In: PRONER, C; BARBOZA, E. M. Q.; GODOY, G. G. (Coord.). **Migrações: Políticas e Direitos Humanos sob as Perspectivas do Brasil, Itália e Espanha**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 448p.

MARSIGLIA, Regina M.C; SILVEIRA, Cássio; CARNEIRO-JUNIOR, Nivaldo. **Políticas Sociais: desigualdades, universalidade e focalização na saúde no Brasil**. Saúde e Sociedade, v.14, n. 2, p-69-76, mai-ago 2005.

MELO, M. P. Entre Igualdade e Diversidade: Globalização, Migrações, Direitos Humanos e Relações Interculturais. In: PRONER, C; BARBOZA, E. M. Q.; GODOY, G. G. (Coord.). **Migrações: Políticas e Direitos Humanos sob as Perspectivas do Brasil, Itália e Espanha**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 448p.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2297-2305, 2010.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2297-2305, 2010.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MICHOLA, L. A. B.; REDIN, G. (Coord.). **Imigrantes no Brasil: Proteção dos Direitos Humanos e Perspectivas Político - Jurídicas**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 376p.

MIGRATION DATA PORTAL. **The total number of international migrants**. 2017. Disponível em < https://migrationdataportal.org/?i=stock_abs_&t=2017>, acesso em 14 Març 2019.

MINCHOLA, L. A. B. *Salaamaalekun* Brasil: o fluxo migratório senegalês e a sua acolhida. In: MICHOLA, L. A. B.; REDIN, G. (Coord.). **Imigrantes no Brasil: Proteção dos Direitos Humanos e Perspectivas Político - Jurídicas**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 376p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS**. 2019. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus/sobre-o-programa>>, acesso 15 Maio 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. 2019. Disponível em < <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>, acesso 15 Maio 2019.

MONTEIRO, A. P. L. Um horizonte mais amplo para o direito à saúde: ação governamental em escala e processo administrativo para formulação de protocolos clínicos. In: BUCCI, M. P.

OBMIGRA. Sincere 2016. 2018. Disponível em <<http://obmigra.mte.gov.br/index.php/component/k2/itemlist/category/51>>. Acesso em 21 maio 2018.

OLIVEIRA, A. C. O Papel do Brasil nos Fluxos Migratórios Internacionais – Alguns Apontamentos sobre Imigração e Emigração. In: CICCIO, M. A.; BARROSO, L. B., PERAZZOLO, J. R., PINTO, E. V., SILVA, M. M. (Coord). **Refugiados, Imigrantes e Igualdade dos Povos: estudos em homenagem a António Guterres**. São Paulo: Quartier Latin, 2017. 1338p.

OLIVEIRA, L. **Metodologia do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)**. Fundação Getúlio Vargas: 2013.

OLIVEIRA, Laís Gonzales de. **A participação de refugiados, refugiadas e solicitantes de refúgio no processo de elaboração da Política Municipal para a População Imigrante, do município de São Paulo/SP, e a efetivação do seu direito à cidade**. 2018. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento no Estado Democrático de Direito) - Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. doi:10.11606/D.107.2019.tde-29052019-155746. Acesso em: 2019-06-19.

OPAS. OPAS/OMS firma cooperação com município de São Paulo para fortalecer saúde dos imigrantes e refugiados, atenção básica e saúde mental. 2016. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4986:pas-oms-firma-cooperacao-com-municipio-de-sao-paulo-para-fortalecer-saude-dos-imigrantes-e-refugiados-atencao-basica-e-saude-mental&Itemid=820 >. Acesso em 15 Julh 2019.

PAREDES, E; GARCIA, L. (Coord). **Estatuto dos Refugiados: Lei nº 9.474/1997**. Coleção Leis Especiais para Concursos: dicas para realização de provas com questões de concursos e jurisprudência do STF e STJ inseridas artigo por artigo. Salvador. JusPodium, 2018. 135p.

LEE EPSTEIN; GARY KING. **Pesquisa empírica em direito** [livro eletrônico]: as regras de inferência. São Paulo: Direito GV, 2013, 255p. (Coleção acadêmica livre). Título original: The rules of inference. - Vários tradutores.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e Direito Constitucional Internacional**. 18 ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

PRATTI, M. A.; VEDOVATO, L. R. Desafios dos Imigrantes no Brasil: Um Panorama Geral do Tratamento dado à Questão da Proteção dos Migrantes e das Dificuldades Encontradas no Sistema Brasileiro. In: CICCIO, M. A.; BARROSO, L. B., PERAZZOLO, J. R., PINTO, E. V., SILVA, M. M. (Coord). **Refugiados, Imigrantes e Igualdade dos Povos: estudos em homenagem a António Guterres**. São Paulo: Quartier Latin, 2017. 1338p.

PRONER, C; BARBOZA, E. M. Q.; GODOY, G. G. (Coord.). **Migrações: Políticas e Direitos Humanos sob as Perspectivas do Brasil, Itália e Espanha**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 448p.

R, CARROLL. **Evidences Invisibles**, Paris, Seuil, 1987, pp. 17-20. Trecho traduzido por: Lígia F. Ferreira.

REDIN, G. Novo marco legal para a política imigratória no Brasil: por um direito humano de imigrar. In: MICHOLA, L. A. B.; REDIN, G. (Coord.). **Imigrantes no Brasil: Proteção dos Direitos Humanos e Perspectivas Político - Jurídicas**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 376p.

RIBEIRO, A. L.; SIMONI, R. R. R. Contribuição do Acordo de Residência do Mercosul à Proteção de Imigrantes Mercosulinos no Brasil. In: MICHOLA, L. A. B.; REDIN, G. (Coord.). **Imigrantes no Brasil: Proteção dos Direitos Humanos e Perspectivas Político - Jurídicas**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 376p.

RIBEIRO, V. M. P. Condição jurídica do imigrante no Brasil: uma reflexão sobre as causas motivadoras da imigração e a regulação do visto humanitário como medida de proteção complementar. In: MICHOLA, L. A. B.; REDIN, G. (Coord.). **Imigrantes no Brasil: Proteção dos Direitos Humanos e Perspectivas Político - Jurídicas**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 376p.

RIZZOTTO, MLF; CAMPOS, GWS. **O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde no início do século XXI**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 25, p. 262-76, 2016.

ROCHA, J. **Guia Econômico Valor de Seguros pessoa física e bens**. 1ª Ed.; São Paulo, Globo, 2003.

ROSSA, L. A. Condição Jurídica do Imigrante no Brasil: CNIG e Regulação de Vistos de Trabalho. In: MICHOLA, L. A. B.; REDIN, G. (Coord.). **Imigrantes no Brasil: Proteção dos Direitos Humanos e Perspectivas Político - Jurídicas**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 376p.

SALLUM, E. O que significa ser um refugiado? In.: **Refugiados de Idomeni: o retrato de um mundo em conflito**. 1ª Ed.; São Paulo, Hedra, 2017.

SANTOS, F. V. dos. **A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas**. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n2/0104-5970-hcsm-23-2-0477.pdf>>. Acesso em 15 maio 2017.

SAWAYA, A. L. Pobreza, Migração e Direito à Nutrição e à Segurança Alimentar. In: CICCIO, M. A.; BARROSO, L. B., PERAZZOLO, J. R., PINTO, E. V., SILVA, M. M. (Coord). **Refugiados, Imigrantes e Igualdade dos Povos: estudos em homenagem a Antônio Guterres**. São Paulo: Quartier Latin, 2017. 1338p.

SAYAD, A. **A imigração ou os Paradoxos da Alteridade**. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo – Edusp, 1998.

SECRETARIA DA JUSTIÇA, TRABALHO E DIREITOS HUMANOS. **O que é ser cidadão**. 2019. Disponível em <<http://www.dedihc.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=8>>. Acesso em 12 Junho 2019.

SERRANO, M. A. M. **O Sistema Único de Saúde e suas Diretrizes Constitucionais**. 2 ed. São Paulo: Verbatim, 2012. 231p.

SOUSA SANTOS, B. **As fronteiras entre muros e travessias**. Disponível em <<http://alice.ces.uc.pt/en/index.php/alice-info/boaventura-de-sousa-santos-as-fronteiras-entre-muros-e-travessias-jornal-de-letras-february-21-2018/?lang=pt>>. Acesso em 25 fev 2019.

SOUSA, O. A.V. Processo administrativo e desenho institucional da política de medicamentos. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coord.). **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo**. 1ª ed. São Paulo: SaraivaJur, 2017. 522p.

SOUZA SANTOS, B. **Desigualdad, Exclusión y Globalizacion**. 2ª Ed. Santiago - Chile, Revista de Interculturalidad, 2005, pp. 5-9.

STF. **A Constituição e o Supremo**. 2019. Disponível em <<http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigobd.asp?item=31>>. Acesso em 14 de Julho de 2019.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRT15. **Recurso Ordinário em Procedimento Sumaríssimo nº 0091300-06.2007.5.15.0018**, Rel. Des. José Otávio de Souza Ferreira, public. 10/05/2011. Disponível em < <http://portal.trt15.jus.br/>>. Acesso em 10 maio 2017.

TRUZI, O. **Sírios e Libaneses: narrativas de história e cultura**. São Paulo, Editora Nacional, 2005, 103 p.

VENTURA, C. A. A. **Saúde Mental e Direitos Humanos: o processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. 195p.

VENTURA, C. A. A. **Saúde Mental e Direitos Humanos: o processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015. 195p.

VESTRI, G. La Imigración em Perspectiva Postmoderna: Reflexiones Socio- Jurídicas. In: PRONER, C; BARBOZA, E. M. Q.; GODOY, G. G. (Coord.). **Migrações: Políticas e Direitos Humanos sob as Perspectivas do Brasil, Itália e Espanha**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 448p.

VIANA, A. L. A.; LEVCOVITZ, E. **Proteção Social: introduzindo o debate**. In: VIANA; A.L.A; ELIAS; P.E.M; IBAÑEZ, N. **Proteção Social: dilemas e desafios**. São Paulo: HUCITEC, 2005. p. 15-57.

VIANA, A. L. A; FAUSTO, MCR. **Atenção Básica e proteção social: universalismo X focalismo e espaço não mercantil da assistência**. Proteção Social: dilemas e desafios. São Paulo: HUCITEC, 2005.

VIANNA, G. L. **Judicialização da Saúde Suplementar: a Concepção do Direito como Integridade Contra a Discrecionalidade Judicial**. Belo Horizonte: Del Rey LTDA, 2014. 184p.

WERNER, P. U. P. Políticas Públicas e o direito fundamental à saúde: a experiência das jornadas de direito da saúde do Conselho Nacional de Justiça. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coord.). **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo**. 1ª ed. São Paulo: SaraivaJur, 2017. 522p.

WERNER, P. U. P. Políticas Públicas e o direito fundamental à saúde: a experiência das jornadas de direito da saúde do Conselho Nacional de Justiça. In: BUCCI, M. P. D.; DUARTE, C. S. (Coord.). **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo**. 1ª ed. São Paulo: SaraivaJur, 2017. 522p.

WOLKMER, A. C. Uma concepção intercultural dos direitos humanos como fundamento do direito a migrar. In: PRONER, C; BARBOZA, E. M. Q.; GODOY, G. G. (Coord.). **Migrações: Políticas e Direitos Humanos sob as Perspectivas do Brasil, Itália e Espanha**. 22 ed. Curitiba: Juruá, 2015. 448p.