

# O conceito de Saúde Global: como ele se aplica aos fluxos migratórios brasileiros

Por **MigraMundo Equipe** - 18 de setembro de 2019

*Mutirão promovido pela Associação Paulista de Medicina atende imigrantes na zona norte de São Paulo, em julho de 2018. Crédito: Marina Bustos/APM*

*Embora a lei brasileira preveja que imigrantes acessem os serviços de saúde, foram poucas as políticas públicas até agora desenvolvidas no país para tal segmento da sociedade*

Por Thais Tozzini Ribeiro  
Do ProMigra

Diferentemente do que muitos pensam, a imigração não é uma decisão tomada de forma racional e confortável. Muitas vezes, é uma situação que se impõe ao indivíduo como alternativa de sobrevivência e gera fragilidade emocional e física. A discriminação, trauma e estresse procedente da saída de sua terra natal, falta de redes de suporte, declínio econômico e social, barreiras linguísticas e institucionais, rompimentos identitários, choque cultural e exclusão são algumas das questões com que o imigrante lida ao chegar a um novo país.

Além disso, em países de baixa e média renda, como o Brasil, a grande maioria deles também enfrenta os mesmos problemas que qualquer cidadão em situação social vulnerável: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, má qualidade do ar e da água. Neste contexto, a efetivação do direito à saúde surge como importante ferramenta para restabelecer a força e dignidade do imigrante e servir como ponto de apoio no novo país.

Entretanto, em uma época na qual os governantes mundiais parecem cada vez mais preocupados em impedir a entrada de imigrantes ou segregá-los dentro de suas fronteiras, de que forma o direito à saúde é previsto aos imigrantes? Existe qualquer tipo de esforço para a sua efetivação? Como o Brasil se insere nesse contexto?

O conceito de saúde global surgiu a partir da mudança de paradigma após a 2ª Guerra Mundial, que passou a valorizar o conceito de justiça social, embasada na equidade, na ética e no respeito aos direitos humanos na ordem internacional e reconhecer o direito à saúde como indispensável para a implementação de outros direitos. A Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), faz referência ao direito de todo indivíduo de ter um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar e, trinta anos depois, a Declaração de Alma-Ata (1978) foi o primeiro documento a garantir o direito à saúde no âmbito internacional, determinando ser uma responsabilidade do Estado garanti-lo.

No Brasil, a adoção desse conceito ocorreu nos anos 80 e se deu com a Constituição Federal de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que organizou os serviços de saúde e traduziu em ação a efetivação da política de saúde no país.

Mutirão de serviços durante lançamento da "Imigrante, São Paulo te Acolhe", do governo paulista, no Centro de Integração da Cidadania (CIC) do Imigrante, zona oeste de São Paulo.  
Crédito: Rovená Rosa/Agência Brasil

O art. 196 da Constituição Federal fala da saúde como um direito de todos, de acesso universal e do Estado como agente responsável por garanti-lo, não fazendo nenhuma distinção entre brasileiros e estrangeiros. A nova Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) desenvolve a mesma lógica e coloca o acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória como um dos princípios da política migratória brasileira. A cidade de São Paulo se antecipou e em 2016 instituiu, por meio da Lei nº 16.478/2016, a Política Municipal para a População Imigrante, que, em no inciso II de seu artigo 7º, o acesso universal da população imigrante à saúde, observando as necessidades especiais relacionadas ao processo de deslocamento; as diferenças de perfis epidemiológicos; e as características do sistema de saúde do país de origem.

Contudo, antes destes dois marcos legislativos, a própria jurisprudência brasileira já concedia o acesso ao direito à saúde para estrangeiros, sendo um exemplo disso a decisão do Tribunal Regional Federal da 4ª Região que determinou que o SUS pagasse o transplante de medula de um estrangeiro que estava no país em situação não permanente.

Na prática, foram poucas as políticas públicas desenvolvidas no Brasil para o público migrante. Em 2005, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde criou o Sistema Integrado de Saúde nas fronteiras (SIS fronteiras), que tinha como objetivo contribuir para o fortalecimento e organização dos sistemas de saúde dos municípios fronteiriços, incluindo o aumento de recursos repassados e o acesso a programas voltados a áreas específicas, de acordo com as necessidades dos municípios. Corumbá (MS) e Santa Helena (PR) foram alguns dos municípios beneficiados com a política.

No âmbito local, em 2003, Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com a Coordenação de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo e organizações não governamentais, atuou no desenvolvimento de ações específicas para lidar com a tuberculose e o HIV que acometia os imigrantes bolivianos que chegavam às Unidades Básicas de Saúde (UBS). As ações mais relevantes consistiram na elaboração de material de esclarecimento sobre prevenção da AIDS e tuberculose, em espanhol; revisão dos pré-requisitos para atendimento nas UBSs, como por exemplo, a eliminação da necessidade de apresentação de documentos que comprovem residência, nas áreas onde se concentram os imigrantes; contratação de profissionais bolivianos para trabalharem nas UBSs e como agentes comunitários de saúde; oferta de cursos de espanhol e sobre cultura boliviana para profissionais das UBSs.

No âmbito local, em 2003, Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com a Coordenação de Vigilância em Saúde da Cidade de São Paulo e organizações não governamentais, atuou no desenvolvimento de ações específicas para lidar com a tuberculose e o HIV que acometia os imigrantes bolivianos que chegavam às Unidades Básicas de Saúde (UBS). As ações mais relevantes consistiram na elaboração de material de esclarecimento sobre prevenção da AIDS e tuberculose, em espanhol; revisão dos pré-requisitos para atendimento nas UBSs, como por exemplo, a eliminação da necessidade de apresentação de documentos que comprovem residência, nas áreas onde se concentram os imigrantes; contratação de profissionais bolivianos para trabalharem nas UBSs e como agentes comunitários de saúde; oferta de cursos de espanhol e sobre cultura boliviana para profissionais das UBSs.

Nas situações de crises humanitárias, onde o volume de imigrantes é maior, a prática brasileira é mais desastrosa. A falta de suporte do governo federal coloca o imigrante em uma situação que por si só agrava o seu estado de saúde, ou leva o sistema de saúde local a um

colapso devido a uma demanda acima do normal.

O caso de Brasileia, no Acre, no qual em um galpão com capacidade para 200 pessoas foram abrigados mais de 830 imigrantes – quase todos haitianos vítimas de desastres naturais, em condições insalubres de higiene – é um exemplo da primeira situação. Essas condições resultaram em muitos casos de diarreia, piorando diretamente o estado de saúde dos haitianos e criando uma demanda ao sistema de saúde. Por conta do expressivo aumento da imigração de venezuelanos, em dezembro de 2016, o governo estadual de Roraima declarou emergência na Saúde Pública em Pacaraima e na capital, Boa Vista. Ainda que depois disso o Governo Federal tenha repassado recursos ao estado de Roraima, a Operação Acolhida, política do governo federal implementada em março de 2018 para o acolhimento de imigrantes vulneráveis, só dispõe de recursos até março de 2020.

Venezuelanos esperam no posto da Polícia Federal na cidade fronteiriça de Pacaraima, em Roraima.

Crédito: Reynesson Damasceno/ACNUR

No âmbito brasileiro, no caso dos imigrantes, é nítido que o conceito de saúde global está consolidado no ordenamento jurídico brasileiro, sem que, no entanto, tenha encontrado um respaldo prático estruturado. As políticas públicas pensadas e elaboradas para atender às necessidades dos imigrantes estão mais presentes na cidade de São Paulo, que teve casos de sucesso no passado e recentemente criou uma lei como base para a implantação de políticas futuras. No caso de crises humanitárias, ainda que o Brasil tenha acolhido haitianos e venha acolhendo venezuelanos, não houve um planejamento para o oferecimento de uma infraestrutura e atendimento, sendo um improvisado para conter uma situação que já se encontrava em um nível insustentável. Tendo em vista que a globalização traz à tona e de forma mais expressiva as desigualdades e isso impulsiona a demanda migratória por melhores condições de vida, é preciso encarar a migração como um fenômeno recorrente e a garantia do direito à saúde como algo que transcende a legislação e encontra eco no planejamento governamental brasileiro.

**Thais Tozzini Ribeiro** é formada em Direito pela USP, membro do ProMigra – Projeto de Promoção de Direitos de Migrantes e advogada no escritório Szazi, Bechara, Storto, Reicher, Figueirêdo Lopes Advogados. Trabalha com terceiro setor, direitos humanos e tem como objeto de estudos a efetivação de direitos sociais para a população imigrante.