

Migração e saúde: inter-relações, legislação e acesso

Migration and health: interrelations, legislation and access

Migración y salud: interrelaciones, legislación y acceso

Nayara Belle Nova da Costa¹
Helen Gurgel²
Karina Flávia Ribeiro Matos³

RESUMO: A mobilidade humana se constitui em um dos principais desafios para a saúde global na atualidade. Com uma população mundial de migrantes, voluntários e forçados, estimada de 258 milhões em 2017, o acesso aos serviços de saúde afeta tanto a saúde do migrante quanto a sociedade na qual se insere, sendo um dos temas centrais em fóruns multilaterais como a Organização Mundial de Saúde e em debates sobre acesso universal à saúde. Buscando contribuir para esse debate, a formulação de políticas públicas e a futuros estudos, o presente artigo faz uma revisão narrativa de literatura sobre as inter-relações entre migração e saúde, seu aspecto legal no âmbito internacional e nacional e sobre o que vem a ser acesso nesse contexto de super diversidade. Identificamos que o processo migratório por acentuar vulnerabilidades e a exposição a riscos impacta negativamente a saúde física e mental do migrante. No Brasil, mesmo com o recuo governamental em relação ao Pacto Global para a Migração, o acesso aos serviços de saúde é assegurado por vários dispositivos legais como a Constituição Federal de 1988, a Lei do SUS e a Lei de Migração. No entanto, recomenda-se estudos que avaliem a efetividade dessas leis na saúde dos imigrantes. Por fim, revisitamos diversas abordagens sobre o conceito de acesso e reconhecemos que para avaliar o acesso e formular políticas direcionadas ou inclusivas devem partir da conceitualização de acesso capazes de abranger as especificidades das populações migrantes e refugiadas.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Emigração e Imigração; Migração e Saúde; Brasil.

ABSTRACT: Nowadays, human mobility is one of the major challenges for global health. In 2017, voluntary and forced migrants were estimated 258 million. Access to health care affects both the migrant's health and the host society, being a central issue on universal access in multilateral forums such as the World Health Organization. Aiming to contribute to the debate, the formulation

1 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade de Brasília (UnB), Laboratório de Geografia Ambiente e Saúde (LAGAS/UnB).

2 Professora Associada do Departamento de Geografia da Universidade de Brasília (UnB), Coordenadora do Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde (LAGAS/UnB).

3 Laboratório de Geografia, Ambiente e Saúde (LAGAS) do Departamento de Geografia da Universidade de Brasília (UnB), Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

of public policies and future studies, this article makes a narrative review of the literature on the interrelationships between migration and health, its legal aspect in the international and national scope and what means access in this context of super-diversity. We identified that the migratory process negatively impacts the physical and mental health of the migrant by accentuating vulnerabilities and increasing the exposure to risks. In Brazil, even with the government's withdrawal from the Global Compact for Migration, we conclude that access to health care is granted by various legal provisions such as the Federal Constitution of 1988, the Unified Health System Law and the Migration Law. However, studies evaluating the effectiveness of the law are recommended. Finally, we revisit several approaches on the concept of access and recognize that in order to evaluate access, formulate targeted or inclusive policies and for future research, the concept or approach of access should encompass the specificities of migrant and refugee populations.

Keywords: Health Services Accessibility; Emigration and Immigration; Migration and Health; Brazil.

RESUMEN: La movilidad humana se constituye en uno de los principales desafíos para la salud global en la actualidad. Con una población de migrantes, voluntarios y forzados, estimada de 258 millones en 2017, el acceso a los servicios de salud afecta tanto a la salud del migrante como a la sociedad en la que se inserta. Siendo uno de los temas centrales en foros multilaterales como la Organización Mundial de Salud y en debates sobre acceso universal a la salud. En el presente artículo se hace una revisión narrativa de literatura sobre las interrelaciones entre migración y salud, su aspecto legal en el ámbito internacional y nacional y sobre lo que viene a ser acceso en ese contexto de super diversidad. Identificamos que el proceso migratorio por acentuar vulnerabilidades y la exposición a riesgos impacta negativamente en la salud física y mental del migrante. En Brasil, incluso con el retroceso gubernamental con relación al Pacto Global para la Migración, el acceso a los servicios de salud está asegurado por varios dispositivos legales como la Constitución Federal de 1988, la Ley del SUS y la Ley de Migración. Sin embargo, se recomiendan estudios que evalúen la efectividad de la ley. Por último, revisamos diversos enfoques sobre el concepto de acceso y reconocemos que para evaluar el acceso y formular políticas dirigidas o inclusivas deben partir de la conceptualización de acceso capaces de abarcar las especificidades de los migrantes y refugiados.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Emigración e Inmigración; Migración y Salud; Brasil.

INTRODUÇÃO

Vivenciamos atualmente um ápice na mobilidade humana possibilitada por diversos fatores, como avanços tecnológicos nos setores de transportes e comunicações que encurtam distâncias, fornecem informação e conectam lugares e pessoas que, impulsionadas por questões econômicas, sociais, humanitárias e bélicas, partem para novos destinos. Em 2017, o estoque de migrantes internacionais alcançou 258 milhões de pessoas (incluindo 25,9 milhões de refugiados), 49% mais que os 173 milhões estimados no ano 2000¹. Além da intensificação e dinamicidade do fenômeno migratório, os fluxos do século XXI têm se tornado cada vez mais diversos tanto na origem dos migrantes (nacionalidade e etnia), gênero e idade, quanto na motivação da migração (trabalho, estudo, refúgio) e na sua duração (curta, longa e cíclica)¹⁻³.

A alta mobilidade acrescida da superdiversidade constituem desafios para governos em todo o mundo, em variados aspectos e escalas, principalmente no que tange à saúde global e local. Sendo uma pauta que necessita da cooperação internacional e da adoção de medidas como o acesso universal a saúde, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU), por exemplo, na Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)⁴⁻⁶.

Dessa maneira, objetivando contribuir para o debate sobre o tema, a formulação de políticas públicas e estudos futuros, abordaremos por meio de uma breve revisão da literatura a interação entre migração e saúde, as abordagens conceituais de acesso aos serviços de saúde e aspectos da legislação internacional e nacional sobre o tema.

MIGRAÇÃO E SAÚDE

O migrante e o refugiado comumente estão inseridos em um contexto de vulnerabilidade acentuada pela irregularidade da situação migratória, discriminação/xenofobia, condições precárias de trabalho e moradia, diferenças culturais e linguísticas e pelas limitações socioeconômicas que deterioram sua condição de vida e os expõem a situações potencialmente prejudiciais à saúde. Embora essa percepção seja corroborada por vários estudos, como os analisados por Eberhardt e Miranda⁷, que apontam “a precariedade das condições de vida, trabalho e saúde das populações migrantes”, deve-se evitar generalizações que podem remeter a ideia equivocada de uma população migrante e refugiada doente ou portadora de doenças.

A Organização Internacional para a Migração (OIM)² destaca que a migração também pode ser benéfica para a saúde do migrante, por possibilitar sua saída de um ambiente hostil e de privações decorrentes, por exemplo, da violência, e auxiliar ainda na melhoria da saúde de seus familiares através do envio de remessas. Acevedo-Garcia e Almeida⁸ ainda destacam que migrantes em países desenvolvidos apresentam melhor situação de saúde que a população autóctone, mas sua saúde se deteriora com o tempo, devido às condições de trabalho, limitações linguísticas, baixo *status* socioeconômico, dificuldades de acesso a serviços de saúde e de assistência social. Portanto, a questão da saúde do migrante é assunto complexo que envolve fatores que antecedem a partida, interagem com o trajeto e persistem durante a integração na sociedade de acolhida.

Os primeiros estudos na área conduzidos na Europa sob a perspectiva da saúde pública e da medicina tropical, conforme explica Padilla⁹, colocavam o migrante como o “portador de doenças rara, perigosas e contagiosas” e focaram nos riscos produzidos por essas populações e não em seu bem-estar. Ainda segundo a autora, a partir do interesse das ciências sociais pela temática, o viés epidemiológico foi posteriormente superado por uma visão humanista pautada nos determinantes da saúde.

De acordo com Ramos¹⁰, a temática de saúde do migrante tem sido tratada a partir de duas abordagens principais: a da aculturação e a da interseccionalidade. A primeira é o processo de aprendizagem da cultura do país de acolhimento e seus desafios e dilemas frente à cultura de origem do migrante. Nessa vertente, a cultura é a centralidade da abordagem. Já a interseccionalidade, conforme explica Viruell-Fuentes, Miranda e Abdulrahim¹¹, surgiu com a corrente feminista negra nos Estados Unidos e aborda questões de gênero, raça/etnia, classe social como fatores cumulativos de vulnerabilidade e, portanto, os analisa de maneira conjunta. Essa vertente também

expõe a questão do racismo estrutural.

Jayaweera¹² também defende ser “imperativo considerar, tanto conceitualmente quanto empiricamente, a interação (interseccionalidade) entre a variedade de fatores que afetam o estado de saúde, o comportamento de saúde e o acesso aos cuidados de saúde”, tais como aspectos demográficos, posição socioeconômica, o lugar, políticas de imigração e de integração, racismo e xenofobia, contexto étnico e racial e a própria história de migração.

Diaz et al.¹³ ressaltam que a heterogeneidade desse subgrupo pode gerar necessidades que diferem da população do país de acolhida. Por isso, as intervenções e políticas de saúde geralmente desenhadas para a população local podem não contemplar ou priorizar as necessidades dos imigrantes, levando alguns países a “desenvolverem diretrizes para o acesso à saúde, diagnóstico e tratamento” direcionadas ou específicas para imigrantes e/ou refugiados¹³.

Para Davies, Basten e Frattini¹⁴, os migrantes estão mais suscetíveis a condições que colocam em risco sua saúde física e mental, tanto na jornada migratória quanto no país de destino, sendo ainda mais vulneráveis os migrantes irregulares ou indocumentados, ressaltando que “a saúde do migrante é também em grande medida determinada pela viabilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços no país de acolhimento”¹⁴.

Além do status migratório, o domínio do idioma, etnia, as razões e o processo migratório e o tipo de viagem (aéreo, terrestre ou marítimo), por exemplo, são alguns dos aspectos inter-relacionados à mobilidade que impactam na saúde do migrante e que devem ser considerados, pois cada um desses fatores gera diferentes experiências em categorias diferentes de migrantes, tornando a própria migração um determinante ou potencializador de outros determinantes sociais da saúde, uma vez que acentua a vulnerabilidade que expõe as pessoas a situações e comportamentos de risco para a saúde¹⁴.

Os estudos sobre os efeitos da migração nos migrantes e refugiados revelam aspectos de sofrimento que permeiam as várias etapas migratórias, sendo chamado de luto cultural por Eisenbruch¹⁵, de psicopatologia do exílio por Viñar¹⁶ e de síndrome da exclusão por Maisondieu¹⁷. Uma boa síntese desse processo é apresentada por Ramos¹⁸:

O processo migratório, envolvendo rupturas espaciais e temporais, transformações diversas, nomeadamente mudanças psicológicas, ambientais, biológicas, sociais, culturais, familiares, políticas, implicando a adaptação psicológica, cultural e social dos indivíduos e das famílias e diferentes modalidades de aculturação, constitui um processo complexo, com consequências ao nível do desenvolvimento individual, familiar e sócio – profissional, assim como da saúde física e psíquica. A experiência da migração envolve uma mudança psicossocial profunda semelhante a um luto ou a uma incapacidade estando, em geral, associada a estresse e sofrimento, mais ou menos significativos segundo os diferentes tipos de migração.

Portanto, a migração em suas várias etapas representa um desafio particular para a saúde pela superdiversidade, por gerar necessidades específicas e pela vulnerabilidade das populações locais que podem não terem sido “previamente expostas a uma determinada doença, ou sua imunidade pode ser diluída com a entrada de migrantes”¹⁹.

Castiglione²⁰ enfatiza ainda que as migrações forçadas, por estarem relacionadas a diversos níveis de violência e violações de direitos, como guerras e crises humanitárias, têm repercussões diretas não apenas na saúde do migrante e do refugiado, mas também nos sistemas de saúde local e dos países próximos. Isso ocorre devido à “rápida degradação ou ainda destruição do sistema de saúde, na medida em que hospitais e outras infraestruturas são atingidos pelas hostilidades, de forma que, por vezes, o equipamento de saúde mais próximo passa a estar no país vizinho”²⁰.

Sobre esse aspecto da vigilância em saúde, Aluttis, Krafft e Brand²¹ criticam as adequações das políticas migratórias e de saúde empreendidas tanto pelos países europeus quanto individualmente e coletivamente no âmbito da União Europeia, por terem sua importância reduzida ao controle transfronteiriço de ameaças à saúde, principalmente, às doenças infecciosas, semelhante ao que se observa em relação ao fluxo migratório por Roraima no Brasil em relação aos surtos de sarampo, casos de tuberculose e a vacinação compulsória para permanência e participação no programa de interiorização.

Esse tipo de impacto tem ocorrido na fronteira norte do Brasil, em Brasiléia no Acre, durante o fluxo de haitianos entre 2010 e 2016 e, desde 2017, em Pacaraima e Boa Vista, no estado de Roraima, com o fluxo de venezuelanos. No caso de Roraima, a divergência entre o governo municipal, estadual e federal sobre como gerir o fluxo resultou em ação do governo de Roraima no Supremo Tribunal Federal (STF) solicitando o fechamento temporário da fronteira e na edição do Decreto nº 25.681/18 pela governadora do estado Suely Campos, que limita o acesso de migrantes sem passaporte aos serviços públicos do estado, incluindo os de saúde. No entanto, antes de proferida a decisão pelo STF houve o efetivo fechamento por 12 horas, em 6 de agosto de 2018, em cumprimento à decisão liminar proferida pelo juiz Helder Girão Barreto, da 1ª Vara da Federal de Roraima no dia anterior.

Diante da decisão do juiz local e dos pedidos da Advocacia Geral da União (AGU) por mais celeridade no trato da matéria, o STF em 6 de agosto de 2018 negou o pedido de fechamento temporário da fronteira e a suspensão do Decreto nº 25.681/18²². Cabe destacar que, desde abril de 2018, o governo federal tem realizado o remanejamento dos migrantes para outras cidades brasileiras pelo programa de interiorização, e que a soma do dispêndio de verba federal para o governo de Roraima apenas para a saúde entre o fim de 2016 e maio de 2018 já totalizava quase 70 milhões de reais²³.

Além dos impactos diretos da migração, questões sistêmicas e estruturais – como o sentimento antimigrante, a existência de sanções pela irregularidade do *status* migratório e o despreparo dos serviços de saúde (aspectos culturais, linguísticos e clínicos) para o atendimento de migrantes dentro da comunidade de acolhimento – são entraves para o acesso adequado, equitativo e acessível dos migrantes ao sistema de saúde².

É preciso ainda compreender que essas tensões são vividas, reproduzidas e mediadas pelo território através das relações políticas, econômicas e sociais que compõem a territorialidade e “efetivam diferentes redes e um determinado campo de forças” que juntamente com a comunicação contribuem para o controle do espaço agindo “como elementos mediadores da reprodução do poder da classe hegemônica (...) interferindo diretamente na territorialidade cotidiana dos indivíduos e grupos ou classes sociais”, como Vale et al.²⁴ argumentam.

No caso do sistema de saúde brasileiro, o território ainda repercute sobre a própria organização dos serviços de saúde, pois seus princípios organizativos de regionalização e hierarquização²⁵ são baseados no espaço geográfico e na noção de território. Segundo Paim²⁶, a forma de rede regionalizada permite distribuir os estabelecimentos de saúde em territórios de modo que os serviços básicos estejam mais distribuídos e descentralizados, enquanto os serviços especializados se apresentam de forma mais concentrada e centralizada.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) ainda são estruturadas por regiões de saúde delimitadas a partir de áreas geográficas e de suas respectivas populações, que determinam as áreas de abrangências, de competências e responsabilidades quanto à acessibilidade ao rol de ações e serviços oferecidos pela região de saúde²⁷, impactando, portanto, diretamente no acesso e disponibilidade dos serviços de saúde.

Embora a dinamicidade e diversidade dos fluxos migratórios agreguem complexidade ao planejamento nacional de saúde, a OIM ressalta que incluir e investir no atendimento das “necessidades dos migrantes protege a saúde pública global, facilita a integração social e contribui para a prosperidade econômica”²². Além disso, Ventura²⁸ defende que a saúde do migrante é determinante para a sua integração na sociedade de acolhimento, sendo crucial que os países reflitam sobre suas responsabilidades enquanto Estados sobre os processos de saúde, doença e os cuidados de saúde dos imigrantes, apontando que “explorar a ligação entre Direitos Humanos e saúde global pode ser a chave para avançar nas questões de saúde do migrante”²⁸.

Apesar dos discursos antimigrante e antirrefugiados, desde 2015 a comunidade internacional avança no debate e estabelece marcos importantes sobre a mobilidade humana. O primeiro deles foi incluir a facilitação da migração e da mobilidade ordenada, segura, regular e responsável, incluindo a implementação de políticas de migração planejadas e bem geridas na lista dos ODS, especificamente no objetivo número 10 de redução das desigualdades dentro dos países e entre eles.

A conquista mais expressiva nessa temática ocorreu em dezembro de 2018, com a aprovação na ONU do Pacto Global para Migração Segura, Ordenada e Regular, que contou com a participação dos Estados, organizações internacionais e sociedade civil. A saúde é um dos aspectos citados em vários trechos do Pacto, mas se aprofunda e detalha no objetivo 15, que disserta sobre o acesso de migrantes à serviços básicos, no qual se comprometem a realizar ações que incorporem:

as necessidades de saúde dos migrantes nas políticas e planos nacionais e locais de saúde, fortalecendo as capacidades de prestação de serviços, facilitando o acesso a preços acessíveis e não discriminatórios, reduzindo as barreiras de comunicação e capacitando prestadores de serviços sensíveis à cultura, a fim de promover a saúde física e mental dos migrantes e comunidades em geral, inclusive levando em consideração as recomendações relevantes do Quadro de Prioridades da OMS e Princípios Orientadores para Promover a Saúde dos Refugiados e Migrantes²⁹.

Mesmo não sendo juridicamente vinculativo, o pacto é um compromisso dos Estados-membros signatários com uma série de objetivos para fortalecer os direitos dos migrantes e sua dignidade por meio de políticas públicas orientadas por evidências. Embora o Brasil tenha se retirado do

pacto em 8 de janeiro de 2019, menos de um mês após a assinatura deste, não significa que o país não possua dispositivos legais que regulamentem a matéria. A seguir, apresentamos como o arcabouço jurídico nacional trata o acesso de migrantes e refugiados aos serviços de saúde.

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR ESTRANGEIROS

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, juntamente com a legislação migratória e de saúde vigentes no país, a saber, Lei nº 13.445/2017³⁰ e Lei nº 8.080/1990²⁵, se apresentam alinhadas às orientações da OMS, contemplam a universalidade do atendimento de saúde e visam garantir o acesso aos serviços de saúde aos migrantes e refugiados no país.

A intersecção entre migração e saúde no contexto brasileiro de forma ampla se enquadra no princípio da universalidade constante na Constituição Federal de 1988⁴. Entende-se como universalidade o pleno atendimento sem discriminação de qualquer cunho, seja por raça, nacionalidade, gênero, classe social, *status* migratório ou qualquer outro atributo. E assim sendo, torna-se também dever e responsabilidade do Estado⁵ garantir ao migrante e ao refugiado o acesso e o atendimento pelo serviço de saúde.

Quanto ao que se concebe como saúde, a Lei nº 8.080/1990²⁵, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, esclarece:

Art. 3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Portanto, a saúde do migrante também perpassa esses determinantes sociais elencados pelo artigo 3º e, considerando que os estudos elencados anteriormente apontam que o migrante geralmente se encontra em maior risco e vulnerabilidade se comparado aos nacionais, é plausível que a própria condição de migrante seja considerada um determinante social, como propõe a OIM⁵.

Ao tratar especificamente sobre os migrantes, a Lei de Migração, Lei nº 13.445/2017³⁰, também aponta claramente os princípios e garantias do Estado brasileiro para com a pessoa migrante, incluindo explicitamente o direito ao acesso aos serviços saúde, entre outros transcritos a seguir:

Art. 3º A política migratória brasileira rege-se pelos seguintes princípios e diretrizes:

4 Constituição Federal de 1988, artigo 194: “A seguridade social compreende 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. Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento;”

5 Constituição Federal de 1988, Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

- I - universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos; (...)
- XI - acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social;
- XII - promoção e difusão de direitos, liberdades, garantias e obrigações do migrante; (...)
- Art. 4º Ao migrante é garantida no território nacional, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, bem como são assegurados: (...)
- VIII - 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.

Embora também usufrua dos direitos elencados pela Lei de Migração, o refugiado (e o solicitante de refúgio) dispõe de legislação específica, a Lei nº 9.474/1997 – Lei do Refúgio³¹, que internaliza a Convenção do Estatuto do Refugiado de 1951³² e seu Protocolo de 1967³³. No entanto, a Lei do Refúgio não cita diretamente a questão da saúde do refugiado, porém, por internalizar a legislação internacional, evoca-se o Art. 23 do Estatuto do Refugiado de 1951, que estipula que “Os Estados Contratantes darão aos refugiados que residam regularmente no seu território o mesmo tratamento em matéria de assistência e de socorros públicos que é dado aos seus nacionais”³².

Outra legislação brasileira que se relaciona com a mobilidade humana forçada diz respeito às vítimas de tráfico de pessoas, para as quais é assegurada pela Lei nº 13.444/2016³⁴ em seu Art. 6º, inciso VI, a “atenção integral às vítimas diretas e indiretas, independentemente de nacionalidade e de colaboração em investigações ou processos judiciais” e do parágrafo 3º, que define que “a assistência à saúde prevista no inciso I deste artigo deve compreender os aspectos de recuperação física e psicológica da vítima”.

Ainda, buscando dirimir qualquer questionamento sobre a garantia do acesso aos serviços de saúde no Brasil para migrantes e refugiados, foi solicitado via Lei de Acesso à Informação manifestação do Ministério da Saúde sobre a matéria, o qual retornou:

(...) que o entendimento desta Pasta é que não existe óbice ao atendimento do estrangeiro em unidade de saúde pública, considerando o preconizado pela Constituição Federal em seu art. 5º, caput, não havendo espaço para discriminações, sendo garantido ao estrangeiro ou ao nacional, em caso de necessidade premente, o atendimento junto ao Sistema Único de Saúde. (...)

Repisando, em havendo recusas de atendimento a estrangeiro nas unidades de saúde do SUS, impende ao gestor local a prestação de esclarecimentos, uma vez que lhe compete a organização da rede assistencial e da execução dos serviços de saúde no respectivo território, o que inviabiliza quaisquer providências junto a esta Pasta.

Por orientação da Coordenadora-Geral de Assuntos de Saúde e Atos Normativos, informo que esta Consultoria Jurídica possui entendimento consolidado, consoante pareceres anexos, no sentido de que “a regra geral que impera é a impossibilidade de estrangeiro não residente ter acesso à assistência à saúde na esfera do SUS, salvo nas hipóteses de emergência e de existência de documento internacional vinculante no qual o Estado brasileiro tenha se obrigado a tal tipo de prestação”.

A pasta governamental ratifica os dispositivos legais aqui tratados, elucida sobre as responsabilidades e competências dentro da organização territorial do sistema de saúde, aspecto que interpretamos como fator que pode contribuir com a variação do efetivo acesso de migrantes não apenas nas escalas federal, estadual e municipal, mas em escala local entre as diferentes regiões de saúde. O documento-resposta do Ministério da Saúde ainda ressalta a impossibilidade de acesso do estrangeiro não residente aos serviços de saúde não emergenciais e na ausência de acordo internacional vinculante que garanta o acesso. Dentro desse raciocínio, o aspecto da comprovação de residência é crucial e afeta diretamente os migrantes indocumentados (em situação migratória irregular) que, diante da ausência do documento de Registro Nacional de Estrangeiro (RNE), está mais exposto a vulnerabilidades sociais e barreiras, incluindo arranjos residenciais coletivos não passíveis ou de difícil comprovação documental (contrato de locação, contas de água e energia elétrica e etc.) em nome do indivíduo, podendo configurar contraditório ao disposto constitucional de universalidade do atendimento. Questões relacionadas ao turismo para tratamento médico não são abordadas nesse artigo, pois carecem de uma discussão específica profunda e fundamentada em dados, não condizente, portanto, com o escopo deste estudo.

Mesmo diante dessas ressalvas, entende-se como assegurado aos migrantes e refugiados o direito ao acesso aos serviços de saúde no Brasil no âmbito da legislação nacional em concordância com os diplomas internacionais. No entanto, conforme concluem Ledoux et al.³⁵, a presença de legislação nacional ou de políticas públicas não significa que estas sejam efetivas, sendo necessária a investigação do alcance dessas normativas no cotidiano dos migrantes e refugiados, a avaliação constante do acesso e estudos que produzam dados para a formulação de políticas adequadas às necessidades dessas populações dentro do contexto de cada país. O que nos leva a outros questionamentos: o que é acesso? E como avaliá-lo no tocante as populações migrantes?

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para analisar o acesso dos migrantes e refugiados aos serviços de saúde faz-se necessário conceituar o acesso em suas terminologias mais utilizados na literatura: a) acesso enquanto ato de ingressar, de entrada; e b) como acessibilidade, qualidade do que é acessível. No entanto, conforme pontuam Travassos e Martins³⁶, acesso é um conceito cujo emprego muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto, sendo utilizado de maneira imprecisa e pouco relacionado ao uso dos serviços de saúde, podendo seu enfoque ora evidenciar as características relacionadas aos indivíduos, ora as características de ofertas, tendo autores que trabalham com ambas as características ou na relação entre elas.

Apesar das diferentes terminologias, as ideias em torno do conceito são semelhantes, algumas mais orientadas ao sistema e outras envolvem aspectos sociais. Donabedian^{36,36} utiliza o termo acessibilidade, pois, para o autor, abrange mais significados e está relacionado a interação dos serviços de saúde com os usuários e sua capacidade de responder às suas demandas. O autor divide o conceito em dois aspectos: sócio-organizacional e geográfico. O sócio-organizacional abarca os aspectos sociais, culturais, educacionais ou econômicos do indivíduo que influenciam significativamente no acesso à saúde. O geográfico refere-se às implicações espaço-temporais, como distância física entre o usuário e os serviços.

Também considerando aspectos do paciente e do sistema, Penchansky e Thomas³⁸ concebem

o acesso como um ajuste dessa interação, que poderia ser avaliado a partir de indicadores que demonstrassem o grau de interação entre os usuários e o sistema de saúde, refletidos, por exemplo, a partir do nível de satisfação do atendimento.

Andersen e Newman³³ não fazem distinção entre acesso e acessibilidade, definindo-os como o meio de entrada para a obtenção de cuidados médicos e a continuação do tratamento, focado nos requisitos e nas barreiras para concretização do atendimento médico. O grau de acesso, portanto, pode variar de acordo com fatores como custos, filas de espera e o cumprimento de requisitos que qualifiquem o paciente para a realização de determinado tratamento ou atendimento.

Travassos e Martins³⁶, seguindo o raciocínio das barreiras, mas baseando-se nas ideias de Donabedian⁴⁰, concebem o conceito de acessibilidade como “a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados (“resistência”) e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos (“poder de utilização”); mesclando características da oferta e da população.

Já Aday e Andersen⁴¹, embora se baseassem na caracterização demográfica e na disposição organizacional geográfica do sistema de saúde, tinham a caracterização da política de saúde como um ponto de partida para a determinação do conceito, tendo o acesso, assim, um caráter mais político que operacional. Os determinantes individuais que podem interferir no acesso à saúde, tais como características da população ou das instituições de saúde também foram abordados por Andersen e Newman³⁹.

Starfield⁴², por sua vez, compreende acesso e acessibilidade como conceitos distintos, sendo o primeiro “a forma como a pessoa experimenta esta característica do seu serviço de saúde”, enquanto a segunda “possibilita que as pessoas cheguem aos serviços”. Dessa maneira, o acesso está relacionado à vivência pelo indivíduo das características do serviço de saúde e a acessibilidade a aspectos como a localização da unidade de saúde, tempo de espera, disponibilidade de horários para atendimento de consultas agendadas e não agendadas ligadas a estrutura de um sistema ou unidade de saúde.

Sanchez e Ciconelli³⁷ discorrem sobre como a informação é central para Goddard e Smith⁴³, pois alegam que a disponibilidade dos serviços de saúde pode “não ser de conhecimento de todos e que diferentes grupos populacionais variam no grau de informação que possuem sobre os serviços a eles disponíveis”, portanto, a informação disponível impacta “na forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos”.

Uma das definições mais abrangentes é a proposta de McIntyre e Mooney⁴⁴, pois incorporaram o conceito de liberdade para uso dos serviços à noção de acesso à saúde, argumentando que atributos intrínsecos ao indivíduo como seu nível educacional, sua bagagem cultural, suas crenças, condições sociais e econômicas, entre outras, fariam o usuário mais ou menos livre para utilizar o sistema, refletindo em melhores ou piores condições de acesso à saúde. Além disso, consideram a informação que o profissional e o usuário de saúde possuem determina fortemente a qualidade dessa interação entre o sistema de saúde e o indivíduo.

Dentre as abordagens apresentadas, as que mais se aproximam das barreiras descritas nos estudos sobre saúde do migrante são as de Goddard e Smith⁴³ e de McIntyre e Mooney⁴⁴ por conceberem aspectos culturais e de informação, além dos geográficos e econômicos, como parte do conceito de acesso. No entanto, como explicitam Sanchez e Ciconelli³⁷, a incorporação de aspectos de difícil mensuração ou “menos tangíveis do sistema e da população” tornam o conceito de acesso complexo e mais difícil de avaliá-lo. Por isso, propõem que as principais características sejam agrupadas em quatro dimensões: disponibilidade, capacidade de pagamento, informação e aceitabilidade.

A disponibilidade diz respeito a “existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário”³⁷, englobando a relação geográfica entre instituições físicas de saúde e os indivíduos que dela necessitam, bem como o ajuste às necessidades do indivíduo e a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade de serviços prestados. A capacidade de pagamento apresenta a relação entre custo da utilização dos serviços de saúde e a capacidade financeira dos indivíduos, mediados por conceitos que englobam o financiamento do sistema de saúde. A dimensão da informação reflete a qualidade da informação que tem chegado ao usuário a partir do sistema de saúde e se demonstra essencial por permitir ao usuário a avaliação e a decisão sobre o uso dos serviços disponíveis. Quando à informação, é imperfeita ou assimétrica, ou seja, quando uma das partes do sistema detém informações significativas, enquanto a outra não possui informações suficientes para o uso adequado ou suficiente para suas demandas, urge a necessidade de análises para melhoria. As autoras apontam ainda que é a partir da informação que se pode mensurar a real utilização dos serviços de saúde ante as oportunidades de utilização, já que ela permite que o usuário faça escolhas em relação ao cuidado com a sua saúde³⁷.

Por fim, a dimensão mais difícil de ser quantificada e detectada é a da aceitabilidade, pois compreende o modo como os serviços de saúde prestados são percebidos pelos indivíduos e comunidades e engloba principalmente a interação entre as expectativas dos profissionais de saúde e dos usuários com os tratamentos propostos e tendo como ponto chave o respeito mútuo entre os atores do sistema. Segundo Sanchez e Ciconelli³⁷, a aceitabilidade varia conforme inúmeras variáveis, entre elas, as crenças e atitudes frente à saúde, a qualidade de informações sobre o cuidado com a saúde, bem como variáveis como idade, sexo, estado civil, etnia e religião. A confiança no sistema pode resultar tanto em um elemento essencial para a equidade no acesso, como sua falta pode ocasionar em uma barreira ao mesmo³⁸.

A confiabilidade se reflete também na natureza do engajamento e do diálogo entre o paciente com o profissional de saúde e possui como elemento final os arranjos organizacionais do sistema de saúde e o modo como eles moldam a resposta do paciente ao cuidado. Conforme Sanchez e Ciconelli³⁷ apontam, “a aceitabilidade e os problemas de confiança influenciam a decisão do paciente e a experiência adquirida e são mais propensos a afetar de forma desvantajosa os grupos socialmente marginalizados”.

As autoras³⁷ ainda reforçam que acesso não equivale simplesmente à utilização dos serviços de saúde, mas engloba a sua utilização em circunstâncias que permitam seu uso de forma apropriada. Além disso, é importante compreender que a oferta de recursos e serviços não são suficientes para determinar a entrada ou não no sistema, já que a determinação do paciente em buscar cuidado, assim como a confiabilidade no sistema, são fundamentais nesse processo. Diante do exposto, as

definições e compreensões sobre o acesso aqui revisitadas demonstram que o conceito continua em amplo debate, gerando uma multiplicidade de entendimentos e cenários. Portanto, deve ser considerada prioritária a delimitação desse conceito na concepção e condução de estudos e políticas públicas que contemplem a população migrante, pois as fronteiras conceituais podem afetar diretamente o resultado dos estudos e políticas das quais formam os pilares, uma vez que podem variar na inclusão de aspectos mais tangíveis como a legislação vigente e o mapeamento de instalações de saúde à aspectos menos tangíveis como a relação médico-paciente e a aceitabilidade do tratamento.

Nesse sentido, para estudar o acesso da população migrante aos serviços de saúde, as características anteriores (como sexo, idade, etnia e religião) e posteriores ao processo de migração (como condições de trabalho, situação de residência, *status* migratório, domínio do idioma) devem ser consideradas. Logo, i) a situação de residência do indivíduo (próximo ou distante ao serviço de saúde necessário); ii) possíveis limitações linguísticas que podem interferir no processo de anamnese e restringir o pleno atendimento de suas demandas devido à assimetria de informações entre os profissionais de saúde e os indivíduos migrantes; iii) sua visão sobre os saberes e práticas médicas disponíveis; iv) sua capacidade financeira para o custeio da utilização dos serviços; v) bem como demais diferenças culturais, determinam fortemente a inclusão ou não destes aos serviços de saúde. Assim, o acesso dessa população à estrutura de saúde é transpassado por aspectos políticos, geográficos, sociais, culturais, religiosos, entre outros, que, por sua vez, são diretamente afetados pelo contexto histórico-geográfico em que se inserem.

CONCLUSÃO

As discussões apresentadas neste artigo evidenciam diferentes aspectos da inter-relação entre migração e saúde, tanto na escala do indivíduo quanto na sociedade de acolhimento. A saúde do migrante é resposta da interação com os determinantes sociais no país de origem, durante o trajeto e no país de acolhimento/destino, sendo ainda a própria condição de migrante ou refugiado considerada por si mesma um determinante. Embora as populações migrantes, forçadas e voluntárias, compartilhem barreiras no acesso aos serviços de saúde comuns aos autóctones, essas podem ser acentuadas por questões culturais, linguísticas e legais.

Nesse sentido, os acordos internacionais vinculantes e não vinculantes têm sido pautados na cobertura e acesso universal aos serviços de saúde, incluindo migrantes e refugiados independentemente de seu *status* migratório. O Brasil, embora tenha se retirado do principal instrumento internacional sobre migração, o Pacto Global para Migração, ainda é signatário de outros acordos que abordam a temática de saúde e migração, como a Agenda 2030, e conta ainda com arcabouço jurídico nacional que garante o acesso universal aos serviços de saúde.

Garantido o direito ao acesso, carecem ainda de estudos e políticas que mapeiem, caracterizem, analisem e avaliem a efetividade do acesso e o impacto na saúde dos imigrantes, perpassando pela reflexão do que é acesso diante das especificidades das populações migrantes. Portanto, faz-se necessária e oportuna a condução de pesquisas sobre o tema no país a fim de investigar qualitativamente como ocorre o acesso, quais as dificuldades enfrentadas por migrantes, refugiados e profissionais de saúde que produzam conhecimento e dados necessários para o diagnóstico da situação e fundamentem a política nacional de saúde no que tange a equidade no acesso dos

migrantes e refugiados.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do Laboratório de Geografia Ambiente e Saúde da Universidade de Brasília (LAGAS/UnB) e dos projetos UnB/IRD, JEAI-GITES e LMI-Sentinela.

REFERÊNCIAS

1. UN DESA - United Nations D of E and SA. International Migration Report 2017: Highlights [Internet]. United Nations; 2017. 38 p. Available from: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf
2. International Organization for Migration (IOM). Global migration indicators 2018: insights from the global migration data portal. Vidal EM, Tjaden JD, Laczko F, editors. Berlin, Germany: Global Migration Data Analysis Centre (GMDAC), International Organization for Migration; 2018. 62 p.
3. European Political Strategy Centre (EPSC). 10 Trends shaping migration. 2017. p. 26.
4. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML, et al. The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet*. 2018;392(10164):2606–54.
5. International Organization for Migration (IOM). Health of Migrants: Resetting the Agenda. Report of the 2nd Global Consultation, Sri Lanka 21- 23 February 2017. 2017.
6. International Organization for Migration (IOM), World Health Organization (WHO), United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. International Migration, Health and Human Rights. 2013. 86 p.
7. Eberhardt LD, Miranda AC de, Eberhardt LD, Miranda AC de. Saúde, trabalho e imigração: revisão da literatura científica latino-americana. *Saúde em Debate* [Internet]. 2017 Jun;41(spe2):299–312. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000600299&lng=pt&tlng=pt
8. Acevedo-Garcia D, Almeida J. Special Issue introduction: Place, migration and health. *Soc Sci Med*. 2012;75(12):2055–9.
9. Padilla B. Saúde e migrações: Metodologias participativas como ferramentas de

promoção da cidadania. *Interface Commun Heal Educ.* 2017;21(61):273–84.

10. Ramos N. Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças - Psicol da Saúde.* 2009;17(1):1–11.

11. Viruell-Fuentes EA, Miranda PY, Abdulrahim S. More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Soc Sci Med* [Internet]. 2012;75(12):2099–106. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.037>

12. Jayaweera H. Social Determinants of Migrants' Health. In: Anderson B, Keith M, editors. *Migration A COMPAS Anthology.* Oxford: ESRC Centre on Migration, Policy and Society (COMPAS); 2014. p. 101-2.

13. Diaz E, Ortiz-Barreda G, Ben-Shlomo Y, Holdsworth M, Salami B, Rammohan A, et al. Interventions to improve immigrant health. A scoping review. *Eur J Public Health.* 2017;27(3):433-9.

14. Davies A, Basten A, Frattini C. *Migration: A social determinant of the health of migrants.* International Organization for Migration - IOM. Geneva, Switzerland; 2006.

15. Eisenbruch M. The Mental Health of Refugee Children and Their Cultural Development. *International Migration Review.* 1988;22(2):282-300.

16. VIÑAR, M. e M. *Exílio e Tortura.* São Paulo: Ed. Escuta, 1992.

17. MAISONDIEU, J. *La fabrique des exclus.* Paris: Bayard, 1997.

18. Ramos N. Gênero e migração: questionando dinâmicas, vulnerabilidades e políticas de integração e saúde da mulher migrante. In: *Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero: Diásporas, diversidades, deslocamentos* [Internet]. 2010. p. 1–9. Available from: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278173824_ARQUIVO_NataliaRamosFG9.pdf

19. Pacheco-Coral A del P. Statelessness, exodus, and health: forced internal displacement and health services. *Cad Saude Publica.* 2018;34(4):1–3.

20. Castiglione D de P. Políticas de fronteiras e saúde de populações refugiadas. *Cad Saude Publica.* 2018;34(4):1–4.

21. Aluttis C, Krafft T, Brand H. Global health in the European Union - a review from an agenda-setting perspective. *Glob Health Action.* 2014;7(SUPP.1):1–6.

22. Textos da Decisão proferida pela Ministra Rosa Weber do Supremo Tribunal Federal na íntegra: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ACO3121decreto.pdf>

23. Casa Civil. Fonte: <http://www.casacivil.gov.br/operacao-acolhida/historico>. Acesso em 10/08/2018.

24. Vale ALF, Saquet MA, Santos RA dos. O Território: diferentes abordagens e conceito-chave para a compreensão da migração. *Rev Faz Ciência*. 2005;7(01):11–26.
25. Brasil. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 [Internet]. Brasil; 1990. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
26. Paim JS. O que é o SUS [Internet]. Editora Fiocruz; 2015. 93 p. Available from: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/1/>
27. Brasil Ministério da Saúde do Brasil. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [Internet]. Brasil; 2010. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
28. Ventura M. Immigration, global health, and human rights. *Cad Saude Publica*. 2018;34(4):1–3.
29. United Nations. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration [Internet]. 2018;73/195. Available from: https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/195.
30. Brasil. Lei n. 13.445 de 24 de maio de 2017. Lei de Migração. [Internet]. Brasil; 2017. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm
31. Brasil. Lei n. 9.474, de 22 de julho de 1997. Lei do Refúgio. [Internet]. 1997. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9474.htm
32. United Nations - UN. Convenção do Estatuto do Refugiado de 1951 [Internet]. 1951. Available from: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf
33. United Nations - UN. Protocolo de 1967 Relativo ao Estatuto dos Refugiados [Internet]. 1967. Available from: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Protocolo_de_1967.pdf?file=fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Protocolo_de_1967
34. Brasil. Lei n. 13.444 de 06 de outubro de 2016. Lei de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas. [Internet]. Brasil; 2016. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13344.htm
35. Ledoux C, Pilot E, Diaz E, Krafft T. Migrants' access to healthcare services within the European Union: A content analysis of policy documents in Ireland, Portugal and Spain. *Global Health*. 2018;14(1):1–11.
36. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Sup 2):S190–8.

37. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2012;31(3):260–8. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
38. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;XIX(2):127–40.
39. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 2005;83(4):1–28.
40. DONABEDIAN, A., 1973. *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge: Haward University Press.
41. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–20.
42. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF, Brasil: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
43. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*. 2001;53(9):1149–62.
44. McIntyre D, Mooney G. Section 3 - Health service access. In: McIntyre D, Mooney G, editors. *The economics of health equity*. Cambridge University Press; 2007. p. 101–48.

Artigo apresentado em junho de 2020

Artigo aprovado em agosto de 2020

Artigo publicado em maio de 2021