

Artigo

A Proteção do Direito à Saúde de Refugiados e Indocumentados: desafios no contexto brasileiro

The Protection of the Right to Health of Refugees and Undocumented Individuals: Challenges in the Brazilian Context

La Protección del Derecho a la Salud de Refugiados e Indocumentados: Desafíos en el Contexto Brasileño

Pedro Henrique de Moura Gonet Branco¹

Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF.

 <https://orcid.org/0000-0002-6971-4701>

 pedrogonet@gmail.com

Paulo Gustavo Gonet Branco²

Ministério Público Federal, Brasília, DF.

 <https://orcid.org/0000-0002-6794-0377>

 paulobranco@mpf.mp.br

Submissão em: 08/10/24

Revisão em: 16/10/24

Aprovação em: 16/10/24

Resumo

Objetivo: analisar as barreiras linguísticas, culturais e burocráticas enfrentadas por refugiados e indocumentados para acessar os serviços públicos de saúde no Brasil, que possuem característica de universalidade, conforme dispõe a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080 de 1990.

Metodologia: realizou-se revisão documental de normas nacionais e internacionais que abordam a saúde e a migração, complementada por revisão assistemática de literatura. **Resultados:** os resultados apontam que, no Brasil, assegura-se formalmente às pessoas nacionais de outros países ou apátridas, em condição de igualdade com os brasileiros, o acesso a serviços públicos de saúde, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória. Contudo, discriminação por parte dos próprios profissionais de saúde, falta de conhecimento dos migrantes sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde e a excessiva burocracia são barreiras que limitam a fruição do direito à saúde. **Conclusão:** concluiu-se que apesar de o Brasil oferecer, por meio de seu sistema público de saúde, importantes garantias de inclusão aos refugiados e migrantes indocumentados, ainda é preciso superar certas barreiras para sua fruição.

Palavras-chave: Saúde de Refugiados; Direito à Saúde; Direitos Humanos.

Abstract

Objective: The article presents reflections on the linguistic, cultural, and bureaucratic barriers faced by refugees and undocumented individuals in accessing public health services in Brazil, which has a characteristic of universality, as provided by the Federal Constitution of 1988 and Law No. 8080 of 1990. **Methodology:** A documentary review of national and international norms addressing health and migration was conducted, complemented by an unsystematic literature review. **Results:** The results

¹ Mestrando em Direito do Estado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Pesquisador colaborador, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil.

² Doutor em Direito, Estado e Constituição, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Procurador-Geral da República, Ministério Público Federal, Brasília, DF, Brasil.

indicate that Brazil formally ensures that nationals of other countries or stateless persons, on equal terms with Brazilians, have access to public health services without discrimination based on nationality or migratory status. However, discrimination from health professionals, lack of knowledge among migrants about how the Unified Health System works, and excessive bureaucracy are barriers that limit the enjoyment of the right to health. **Conclusion:** It was concluded that despite Brazil having, through its health system, an important guarantee of social inclusion for refugees and undocumented migrants, it still needs to take action to combat barriers to their access.

Keywords: Migrant Health; Right to Health; Human Rights.

Resumen

Objetivo: analizar las barreras lingüísticas, culturales y burocráticas que enfrentan los refugiados y personas indocumentadas para acceder a los servicios públicos de salud en Brasil, que tiene la característica de universalidad, según lo dispuesto por la Constitución Federal de 1988 y la Ley No. 8080 de 1990. **Metodología:** Se realizó una revisión documental de normas nacionales e internacionales que abordan la salud y la migración, complementada por una revisión asistemática de la literatura. **Resultados:** Los resultados indican que en Brasil se asegura formalmente a los nacionales de otros países o apátridas, en condiciones de igualdad con los brasileños, el acceso a servicios públicos de salud, sin discriminación por motivos de nacionalidad y condición migratoria. Sin embargo, la discriminación por parte de los propios profesionales de salud, la falta de conocimiento de los migrantes sobre el funcionamiento del Sistema Único de Salud y la excesiva burocracia son barreras que limitan el disfrute del derecho a la salud. **Conclusión:** Se concluyó que a pesar de que Brasil cuenta, a través de su sistema de salud, con una importante garantía de inclusión social para refugiados y migrantes indocumentados, aún necesita actuar para combatir las barreras a su acceso.

Palabras clave: Salud del Migrante; Derecho a la Salud; Derechos Humanos.

Introdução

A elevação ao *status* de direitos fundamentais dos direitos à prestação material do Estado, observada na transição do Estado Liberal para o Estado Social, conferiu aos indivíduos uma reforçada posição no plano das exigências de ações positivas por parte dos governantes.

Alguns desses direitos são dirigidos aos indivíduos enquanto cidadãos, tendo em conta a situação peculiar que os liga ao país, como os direitos políticos. Outros são assegurados a todos, independentemente de nacionalidade, porquanto são considerados emanações necessárias do princípio da dignidade da pessoa humana.

Dentre os direitos titularizados por todo indivíduo que se encontra em território brasileiro, independentemente de nacionalidade ou situação migratória, destaca-se aquele à saúde, alçada à condição de direito fundamental pelo constituinte de 1988, sob a inspiração dos ideais de fraternidade e de solidariedade social.

Além da proteção formal assegurada no texto constitucional, arquitetou-se, no Brasil, um arrojado programa de atendimento sanitário a todas as pessoas, nacionais ou não, que procurassem apoio médico no território nacional. Para isso, o constituinte convocou as três esferas da Federação para implementar o Sistema Único de Saúde (SUS), uma das marcas mais insígnies da Constituição em vigor, que a singularizou na história constitucional brasileira e lançou o país à audácia das grandes investidas humanitárias internacionais.

Inobstante o inegável sucesso do SUS nos últimos 35 anos, a implementação de uma política pública voltada a universalizar o acesso à saúde é altamente complexa e, dada a dependência de

recursos econômicos finitos, repleta de desafios que podem comprometer a acessibilidade, a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde prestados.

Como se indicará neste texto, esses problemas podem ser ainda mais significativos quando enfrentados pelos refugiados e indocumentados, grupos vulneráveis que geralmente se deparam com barreiras linguísticas, culturais e burocráticas que dificultam ou até mesmo impedem o acesso adequado aos serviços de saúde.

Histórico do Direito à Saúde no Brasil

No Brasil, o direito fundamental à saúde foi estabelecido pela primeira vez na Constituição Federal de 1988 (CF/88)⁽¹⁾, iniciativa que se inseriu em um contexto de tentativa de se contornar graves e nunca francamente arrostados problemas de acesso à saúde pela população. Jairnilson Paim⁽²⁾, em estudo que detalha as antigas dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, narra que apenas na década de 1540, com a criação da primeira Santa Casa de Misericórdia, os doentes sem prestígio junto à Coroa passaram a receber assistência hospitalar – e deviam isso à caridade cristã.

Mais adiante, no período imperial, a Constituição de 1824 fez referência, em redação genérica, ao que chama de garantia aos socorros públicos, um primeiro passo na história da formalização do direito à saúde, apesar de não dispor expressamente sobre esse bem. Até mesmo essa garantia insuficiente, todavia, foi suprimida pela Constituição de 1891.

No século XX, em face de epidemias constantes que afligiam a sociedade, médicos como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas mobilizaram-se para a criação dos primeiros códigos sanitários de que se têm registro no ordenamento jurídico brasileiro. Deles também partiu a iniciativa de criar os primeiros centros brasileiros de pesquisa voltados à promoção e à manutenção da saúde.

Nesse contexto, foi promulgada a Constituição Federal de 1934, que trazia a saúde como um bem jurídico, atribuindo à União e aos Estados o dever de cuidar da saúde e assistência públicas, um importante passo na direção da salvaguarda da saúde coletiva, apesar de ainda incipiente.

A Constituição Federal de 1937, por sua vez, concentrou na União a competência legislativa em matéria sanitária, atribuindo-lhe a capacidade de legislar sobre normas de defesa e proteção da saúde. Disposição semelhante consta da Constituição de 1946.

Ainda que no plano doméstico o direito fundamental à saúde caminhasse a passos lentos, o Brasil destacou-se internacionalmente ao propor, em conjunto com a delegação chinesa, na Conferência de São Francisco de 1945, a criação de uma organização internacional de saúde e a convocação de uma conferência para estruturá-la. A proposta resultou na formação da Organização Mundial da Saúde (OMS), cuja Constituição entrou em vigor em 1948. O acordo que a criou, decorrente da Conferência Internacional da Saúde de 1946, foi incorporado ao ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto nº 26.042, de dezembro de 1948. Nele há a compreensão de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”⁽³⁾, enfermidade que é definida como os “casos em que o indivíduo, com ou sem desordem apreciável da disposição material do corpo, não possui esta ou aquela função ou a possui de maneira imperfeita ou irregular”.

Nesse contexto, na segunda metade do século XX, criou-se no Brasil um modelo de assistência médica associada ao mercado formal de trabalho, em que a previdência social assegurava aos trabalhadores prestação de apoio médico e hospitalar. Apesar de tal medida representar um avanço nas

políticas de saúde coletiva, ela limitava o atendimento àqueles que dispunham de contrato laboral, o que excluía significativa parcela da população.

A Constituição de 1967 assegurou aos trabalhadores o direito à assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva, mantendo na União a competência para legislar sobre o tema.

No início da redemocratização, em 1986, cerca de quatro mil cidadãos se reuniram, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e publicaram documento que trazia o conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, delineando os fundamentos desse bem. Das discussões da Conferência depreendeu-se, também, que o direito à saúde somente se concretizaria se houvesse a criação de um sistema nacional que garantisse assistência médica de fato a todos os indivíduos, independentemente das condições de cada um⁽⁴⁾.

O constituinte de 1988, sensível a essa nova realidade social que exigia tais condições, positivou, no art. 196 da CF/88, que a saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”⁽¹⁾.

Para cumprir com o dever de assegurar ações e serviços de saúde à população, a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde, um dos maiores e mais abrangentes sistemas públicos de saúde do mundo, que se propõe a assegurar atendimento integral, universal e gratuito a todos os que se encontrem no território brasileiro, oferecendo serviços que vão desde a avaliação da pressão arterial de um paciente até o transplante de órgãos.

Regulamentado pela Lei federal nº 8.080, de 1990⁽⁵⁾, o SUS rege-se, nos termos do art. 7º da norma, pelos princípios da *universalidade* de acesso aos serviços de saúde; da *integralidade* de assistência, que visa a assegurar um cuidado contínuo e articulado, englobando tanto ações preventivas quanto curativas, conforme as necessidades de cada caso; da *autonomia* dos pacientes na proteção de sua integridade física e moral; e da *igualdade* no acesso aos serviços de saúde, sem preconceitos ou privilégios.³

A Lei nº 8.080/90 prescreve, ainda, que o Sistema Único de Saúde deve garantir o acesso dos pacientes a informações sobre a própria saúde e sobre os tratamentos a serem realizados; assegurar a participação da comunidade no desenvolvimento do programa; utilizar-se da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; ter sua gestão descentralizada, enfatizando a regionalização e a participação dos municípios nos serviços de saúde; integrar as ações relacionadas à proteção da saúde, do meio ambiente e do saneamento; bem como proteger integralmente os direitos humanos de todos os usuários⁽⁵⁾.

Com relação ao público elegível para atendimento no SUS, a Lei nº 8.080/90 menciona, genericamente, que “a saúde é um direito fundamental do ser humano” (art. 2º) e que a assistência oferecida é devida “às pessoas” (art. 5º), sem distinguir se os destinatários desse comando são brasileiros ou estrangeiros. Semelhante foi a postura do constituinte de 1988, que se limitou a afirmar que “a saúde é direito de todos” (art. 196 da CF/88)^(1, 5).

Diante desse cenário, e considerando que o Sistema Único de Saúde se pauta pelo acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, é possível deduzir que a todos os indivíduos presentes no território brasileiro deve ser garantido o acesso

³Apesar da menção expressa ao princípio da igualdade na Lei nº 8.080/90, hoje é mais comum falar-se no princípio da equidade, que justifica, por exemplo, que se priorize tratamento àqueles que mais necessitam em dado momento.

ao SUS, independentemente da nacionalidade ou vínculo formal com o Brasil – posição essa positivada pelo legislador federal na Lei nº 13.445, de 2017, como se verá adiante.

Apesar da aparente trivialidade dessa conclusão, o assunto é sensível se considerada a situação dos migrantes, em especial dos refugiados e indocumentados.

Proteção aos Refugiados

A Comissão Mista Permanente sobre Migrações Internacionais e Refugiados do Congresso Nacional relatou que, em 2023, havia no Brasil cerca de um milhão e quinhentos mil imigrantes. Destes, 650 mil eram refugiados ou solicitantes de refúgio⁽⁶⁾.

Dados do Observatório das Migrações Internacionais, projeto de pesquisa da Universidade de Brasília em parceria com o Ministério da Justiça e Segurança Pública, indicam que o número de solicitações de reconhecimento da condição de refugiado junto ao governo brasileiro cresce a cada ano, somando 58.628 solicitações formais em 2023 – um aumento de 16% em relação ao ano anterior⁽⁷⁾. Mais da metade desses solicitantes eram venezuelanos e outros 20% eram cidadãos de Cuba.

Apesar da atualidade da questão, o tema vem sendo enfrentado há algumas décadas pela comunidade internacional. A atenção dirigida aos refugiados ganhou destaque pela primeira vez após a Segunda Guerra Mundial. Os países europeus viram-se diante da situação dramática das pessoas forçadas a fugir de seus países durante a guerra e perceberam a necessidade de a elas conferirem algum tipo de proteção.

Nesse contexto, em 1951, foi editada em Genebra a Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados, que definiu como refugiados aqueles que, temendo perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas, encontram-se fora do país de sua nacionalidade e não podem ou não querem se valer da proteção desse país. A estes, estabeleceu direitos e deveres para garantir sua proteção.

Apesar dos méritos da Convenção, a definição compreendia apenas as pessoas oriundas da Europa e as movimentações ocorridas antes de 1º de janeiro de 1951, como resposta imediata aos deslocamentos provocados pela guerra.

Em 1967, ante a necessidade de se ampliar os destinatários da norma, foi adotado o Protocolo Relativo ao Estatuto dos Refugiados, que eliminou a restrição temporal e geográfica, permitindo que qualquer pessoa, independentemente de sua localização ou do momento em que se tornou refugiada, pudesse ser protegida sob a égide da Convenção de 1951.

No contexto latino-americano, a Declaração de Cartagena de 1984 foi um importante instrumento complementar à Convenção de 1951. Elaborada em resposta aos conflitos armados, violência intensa e violações a direitos humanos que ocorriam em países da América Central, a Declaração ampliou a definição de refugiado para incluir, além dos critérios já previstos pela Convenção europeia, aquelas pessoas que fugiam de “violência generalizada, agressão estrangeira, conflitos internos e violações massivas de direitos humanos”.

Essa definição mais abrangente, direcionada à realidade específica da região, tornou-se um referencial importante para a proteção de refugiados na América Latina, influenciando as políticas de refúgio de diversos países latino-americanos, incluindo o Brasil, que incorporou à Lei federal nº 9.474/97⁽⁸⁾ algumas das ideias propostas na Declaração de Cartagena:

Art. 1º Será reconhecido como refugiado todo indivíduo que:

- I - devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas encontre-se fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país;
- II - não tendo nacionalidade e estando fora do país onde antes teve sua residência habitual, não possa ou não queira regressar a ele, em função das circunstâncias descritas no inciso anterior;
- III - devido a grave e generalizada violação de direitos humanos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país.

A Lei nº 9.474/97 foi editada com o propósito de definir mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951 no Brasil. Ela estabeleceu o processo para reconhecimento da condição de refugiado e adotou medidas institucionais para a integração desses migrantes à sociedade brasileira, como a emissão de cédula de identidade comprobatória de sua condição jurídica, carteira de trabalho e documento de viagem.

Apesar dos importantes avanços promovidos pela mencionada lei, o Brasil seguiu enfrentando desafios para implementar efetivamente certos direitos sociais aos refugiados, em especial o direito à saúde. Isso porque os instrumentos internacionais de proteção aos refugiados que inspiraram o ordenamento jurídico brasileiro, como a Convenção de 1951, garantiam certos direitos essenciais para sobrevivência e bem-estar desses migrantes, mas não abordavam expressamente o acesso a serviços de saúde. A Declaração de Cartagena, por sua vez, limitava-se a afirmar a importância de “fortalecer os programas de proteção e assistência aos refugiados, sobretudo nos aspectos de saúde, educação, trabalho e segurança”.

Para superar essa garantia legislativa insuficiente, o Congresso Nacional brasileiro editou, em maio de 2017, a Lei nº 13.445/17⁽⁹⁾, alcunhada de Lei de Migração, que substituiu o antigo Estatuto do Estrangeiro – redigido em 1980 com o intuito de preservar a segurança nacional.

A Lei de Migração⁽⁹⁾, invertendo a lógica então adotada, dedicou-se a tutelar os direitos e os deveres do migrante, assegurando às pessoas nacionais de outros países ou apátridas, em condição de igualdade com os brasileiros, o acesso a serviços públicos de saúde, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória.⁴

Formalizou-se, aí, o acesso verdadeiramente universal à saúde no Brasil, assegurando-se a todos os presentes no território nacional – inclusive aos turistas, migrantes voluntários, refugiados e indocumentados – o direito de utilizar gratuitamente os serviços de saúde necessários para garantir sua sobrevivência e bem-estar, por meio do Sistema Único de Saúde, tal como se garante aos cidadãos brasileiros.

Apesar dos avanços normativos – especialmente importantes em um contexto de crescente migração forçada para o Brasil em razão de crises políticas e socioeconômicas em países vizinhos –, ainda persistem barreiras que comprometem o pleno acesso dessa parcela da população ao SUS. Esses desafios refletem não apenas lacunas estruturais e operacionais do sistema de saúde, mas também questões sociais e culturais que precisam ser endereçadas.

⁴ Além disso, garantiu aos estrangeiros, independentemente da nacionalidade e da condição migratória, direito à educação pública; acesso a serviços públicos de assistência social; amplo acesso à justiça e à assistência jurídica integral gratuita, desde que comprovada a insuficiência de recursos; acesso à previdência social; entre outros.

O acesso de refugiados e indocumentados ao SUS

Discriminação

Uma grande dificuldade relatada em estudos sobre o tema é a discriminação no atendimento a refugiados e indocumentados. Pesquisa publicada em 2023 na Revista de Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que teve por objeto a percepção de técnicos de enfermagem do Hospital Geral de Roraima sobre a imigração venezuelana, destaca que a maioria dos profissionais de saúde entrevistados expressaram contrariedade ao acesso gratuito dos migrantes da Venezuela ao Sistema Único de Saúde (SUS):

Nas falas e suas entrelinhas, foi possível perceber a aversão apenas por se tratar de um migrante. Também houve associações com o comprometimento da qualidade de vida na cidade de Boa Vista e a piora dos serviços em virtude da presença dos migrantes venezuelanos. Alguns entrevistados chegaram a verbalizar desconforto com os pedidos de ajuda de migrantes em situação de pobreza ou vulnerabilidade social [...]. Evidenciou-se, ainda, a percepção de que o migrante venezuelano compete pelos serviços com o roraimense, principalmente os mais pobres.

[...] notou-se menor disposição para a interação profissional-paciente quando este era de origem venezuelana. Nesses casos, os técnicos solucionavam as demandas de maneira mais objetiva, sem acrescentar maiores explicações, salvo mediante solicitações⁽¹⁰⁾.

Para superar esses desafios, é importante a realização de treinamentos que abordem os direitos dos migrantes, bem como que sensibilizem os servidores do SUS sobre as dificuldades enfrentados por esses grupos. A capacitação contínua dos profissionais de saúde para lidar com as necessidades específicas dos refugiados e migrantes deve incluir não apenas um treinamento em aspectos técnicos, mas também em competências culturais que levem à redução de preconceitos.

Outra possibilidade é incluir mediadores culturais e tradutores nas áreas de grande fluxo migratório, facilitando a comunicação entre profissionais e pacientes e, conseqüentemente, proporcionando um atendimento mais adequado e de melhor qualidade aos migrantes.

Uma iniciativa louvável foi o desenvolvimento do Centro de Referência para a Saúde dos Refugiados, estabelecido no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. O objetivo do Centro é capacitar os profissionais de saúde para atender refugiados, de modo que compreendam as vulnerabilidades destes, especialmente as questões relacionadas à saúde mental, como traumas psicológicos causados por guerras, perseguições e deslocamentos forçados. Também é importante que os profissionais sejam treinados para diagnosticar e tratar doenças negligenciadas que são prevalentes nas regiões de origem dos refugiados⁽¹¹⁾.

Informações sobre o SUS

Outra barreira significativa enfrentada pelos migrantes forçados é a falta de conhecimento sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Muitos refugiados ignoram seu direito a atendimento gratuito pelo SUS, não entendem os procedimentos necessários para se inscrever no sistema ou desconhecem que tipo de unidade de saúde devem procurar.

Isso se dá, entre outros, pelo fato de as políticas de saúde pública não serem plenamente integradas às políticas de acolhimento e integração de refugiados, o que resulta em descontinuidade nos cuidados de saúde e na falta de acompanhamento adequado das condições de saúde dos refugiados.

Para superar essa barreira, é digna de nota a atuação da Agência da ONU para Refugiados (ACNUR), que, em parceria com organizações locais e o apoio da Associação Antônio Vieira (ASAV), Caritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro (CARJ), Caritas Arquidiocesana de São Paulo (CASP), Centro de Defesa dos Direitos Humanos de Guarulhos (CDDH) e Instituto Migrações e Direitos Humanos (IMDH), possui uma cartilha disponível gratuitamente e em diferentes idiomas explicando os direitos dos refugiados.

Sobre o direito à saúde, explica a Cartilha:

A legislação brasileira assegura que os serviços do Sistema Único de Saúde (sus) são universais, gratuitos e de acesso igualitário por todos os indivíduos presentes em território brasileiro. Todos os cidadãos, inclusive os solicitantes de refúgio e refugiados, têm direito de ser atendidos em qualquer unidade pública de saúde. Para tanto, você deve apresentar o seu CPF e protocolo pro- visório ou RNE em qualquer hospital, clínica ou posto de saúde e solicitar o seu Cartão SUS. Este cartão é gratuito e pode ser utilizado em qualquer unidade de saúde pública do território nacional. No Brasil, os pais tem a obrigação de vacinar seus filhos. As crianças filhas de solicitantes de refúgio e refugiados podem obter gratuitamente as vacinas em postos de saúde públicos. Para saber quais as vacinas que o seu filho deve tomar, consulte o calendário de vacinação nos postos de saúde da sua cidade.⁽¹²⁾

Outra iniciativa louvável partiu do Governo do Distrito Federal, que publicou em 2024 o Guia de Acolhimento aos Migrantes, Refugiados e Apátridas dos Serviços de Saúde do Distrito Federal, “com o objetivo de apresentar, direcionar e orientá-los aos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal”⁽¹³⁾.

O sumário do Guia bem indica o teor do material ofertado:

1. Sistema Único de Saúde
2. Cuidados em Saúde
3. Estabelecimentos de Saúde do Distrito Federal
 - 3.1 Unidade Básica de Saúde (UBS)
 - 3.2 Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS)
 - 3.3 Centro de Especialidade Para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV)
 - 3.4 Policlínica e Centro de Especialidade
 - 3.5 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
 - 3.6 Hospitais
 - 3.7 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
 - 3.8 Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSP)
4. Cartão Nacional de Saúde
5. Meu SUS Digital
6. Medicamentos/Remédios
7. Planejamento Reprodutivo
8. Vacinação
9. Outros Serviços Públicos Intersetoriais
 - 9.1 Assistência Social
 - 9.1.1 Centro de Referência de Assistência Social – CRAS
 - 9.1.2 Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS
 - 9.2 Justiça e Direitos Humanos
 - 9.3 Segurança

9.4 Educação
9.5 Trabalho e Renda
10. Informações Importantes⁽¹³⁾.

Burocracia para emissão do Cartão SUS

O principal limitador do acesso ao Sistema Único de Saúde, todavia, parece ser a burocracia envolvida na confecção do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS). Apesar de a legislação permitir o atendimento emergencial a qualquer pessoa, independentemente de sua documentação, a maioria das Secretarias de Saúde exige o Cartão SUS para agendar consultas, exames e outros procedimentos médicos⁽¹⁴⁾.

Conforme orientação dos órgãos municipais competentes, a emissão do Cartão Nacional de Saúde é feita mediante apresentação de documentos que comprovem informações pessoais, como Carteira de Identidade (RG) ou Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), bem como comprovante de endereço no município em que se busca atendimento⁽¹⁴⁾.

Um caso que ilustra o risco da rigidez desses requisitos ocorreu em 2006, na cidade de Foz do Iguaçu. A Secretaria Municipal de Saúde do município passou a impedir o atendimento a estrangeiros e brasileiros que viviam no Paraguai, sob a justificativa de que não preenchiam os requisitos para obtenção do Cartão SUS, como a possibilidade de fornecer os documentos requeridos e de comprovar o domicílio em Foz do Iguaçu. Nesse contexto, foi negado atendimento a uma mulher paraguaia em trabalho de parto, que acabou por dar à luz no banheiro de uma unidade de saúde e perdeu o bebê⁽¹⁵⁾. Após o caso, sobreveio decisão judicial afirmando a desnecessidade de se apresentar comprovante de residência no município em que se busca atendimento e a obrigatoriedade de se atender casos urgentes⁽¹⁵⁾.⁵

Quanto aos documentos exigidos, o Ministério da Saúde, na Nota Técnica nº 8/2024, ciente das dificuldades enfrentadas pelos migrantes forçados, determinou às equipes de saúde que considerassem como documento válido para a confecção de Cartão SUS não apenas CPF e RG, mas também o Passaporte, o Registro Nacional Migratório (RNM), a Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM) e o Protocolo de Solicitação de Refúgio.

O Protocolo de Solicitação de Refúgio é o documento que o solicitante recebe imediatamente ao pedir o reconhecimento da condição de refugiado, sendo utilizado como documento de identidade. Assim, imediatamente após a solicitação de refúgio, antes mesmo da concessão ou não do pedido, os migrantes podem se registrar no SUS e utilizar os serviços nele oferecidos. Em caso de reconhecimento da condição de refugiado, é emitida a Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM), que também passou a ser válida como documento para identificação junto ao SUS. Essa flexibilização foi um importante passo para garantir a universalidade do atendimento em centros de saúde.

Apesar desses avanços para os refugiados, a situação ainda era dramática para os indocumentados – migrantes em situação irregular que não se registram junto às autoridades brasileiras ou que ingressam no país mesmo estando impedidos de fazê-lo⁽⁹⁾.⁶

⁵ Cf. Ação Civil Pública nº 2006.70.02.007102-9/PR.

⁶ Nos termos do art. 45 da Lei nº 13.445/2017, “poderá ser impedida de ingressar no País, após entrevista individual e mediante ato fundamentado, a pessoa anteriormente expulsa do País, enquanto os efeitos da expulsão vigorarem; condenada ou respondendo a processo por ato de terrorismo ou por crime de genocídio, crime contra a humanidade, crime de guerra ou crime de agressão; condenada ou respondendo a processo em outro país por crime doloso passível de extradição segundo a lei brasileira; que tenha o nome incluído em lista de restrições por ordem judicial ou por compromisso assumido pelo

Muitos dos indocumentados nutrem o medo de que, se buscarem auxílio médico, serão denunciados às autoridades migratórias, como já ocorreu em outros países⁽¹⁶⁾.⁷ Já aos que optam por recorrer ao SUS, surgem problemas de identificação, ante a inexistência dos documentos aceitos para cadastro e criação do Cartão Nacional de Saúde, o que limitaria substancialmente o acesso dos indocumentados às unidades de saúde pública.

Nesse sentido, também sensível às dificuldades enfrentadas por essa parcela da população, a mencionada Nota Técnica nº 8/2024⁽¹⁷⁾, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, dedicou-se a flexibilizar certas normas para que fosse assegurado o direito ao atendimento médico dos indocumentados.

Conforme definição constante do documento do Ministério da Saúde,

a Atenção Primária à Saúde é o primeiro nível de atenção à saúde e se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das pessoas e coletividades.

A APS é a principal porta de entrada do SUS e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), orientada pelos princípios da universalidade, do acesso com acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos⁽¹⁷⁾.

Às equipes que atuam nesse setor do SUS, a Nota Técnica determina que devem registrar e assistir a todos, “sem exigência de documentação específica que possa impedir ou restringir o acesso, o cadastro ou a notificação, no âmbito da saúde, respeitando e considerando questões culturais e linguísticas”⁽¹⁷⁾.

Indica, ainda, que “não cabe aos profissionais de saúde denunciar as pessoas migrantes, refugiadas e apátridas que por ventura estejam irregulares no país, apenas os cabe orientar sobre as instituições que auxiliam a regularização migratória”⁽¹⁷⁾.

Essas medidas refletem o esforço do Poder Público brasileiro para diminuir as barreiras burocráticas que dificultam o acesso de refugiados e indocumentados aos serviços de saúde pública, promovendo um ambiente mais inclusivo e acolhedor.

Brasil perante organismo internacional; que apresente documento de viagem que não seja válido para o Brasil, esteja com o prazo de validade vencido ou esteja com rasura ou indício de falsificação; que não apresente documento de viagem ou documento de identidade, quando admitido; cuja razão da viagem não seja condizente com o visto ou com o motivo alegado para a isenção de visto; que tenha, comprovadamente, fraudado documentação ou prestado informação falsa por ocasião da solicitação de visto; ou que tenha praticado ato contrário aos princípios e objetivos dispostos na Constituição Federal.”

⁷ No Reino Unido, por exemplo, foi implementada em 2010 uma ‘política de ambiente hostil’ para migrantes. O National Health Service (NHS) foi instruído a reforçar os controles de imigração, exigindo que as autoridades migratórias fossem informadas pelos profissionais de saúde sobre pessoas suspeitas de estarem no país ilegalmente. Essa medida causou preocupação entre os migrantes, que evitavam procurar atendimento médico por medo de serem deportados. Posteriormente, essa medida foi revogada após indignação pública, mas o impacto sobre o acesso à saúde dos migrantes persistiu.

Sobrecarga do SUS

Por fim, convém mencionar as dificuldades inerentes a um sistema de saúde público complexo como o SUS, que para funcionar depende de significativos recursos financeiros e humanos – todos estes finitos.

A infraestrutura limitada, aliada a uma alta demanda por serviços, resulta em longas filas de espera, atendimento insuficiente e escassez de medicamentos e equipamentos. As disparidades regionais no Brasil, em que estados mais ricos têm melhor infraestrutura de saúde do que os entes da Federação mais pobres, também impactam diretamente a qualidade do atendimento prestado. A sobrecarga do Sistema é especialmente gravosa nas regiões de fronteira, onde a concentração de migrantes é mais intensa.

O fortalecimento dos serviços de saúde nessas áreas, com a alocação de mais recursos humanos e financeiros, é essencial para garantir que todos os indivíduos, independentemente de sua nacionalidade, possam receber cuidados de saúde adequados. Parcerias com organizações internacionais e a sociedade civil ajudam a suprir as lacunas de recursos e aprimorar o atendimento.

Não se ignora a complexidade envolvida na solução desse problema. Apesar disso, é possível encontrar movimentações legislativas voltadas a atender os municípios que recebem mais refugiados. Convém mencionar, nesse quesito, a Lei nº 13.684/2018⁽¹⁸⁾, que dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária.

Nela, o legislador atribuiu à Comissão Intergestores Tripartite – “foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde”⁽¹⁹⁾ – o dever de pactuar as diretrizes, o financiamento e as questões operacionais que envolvam a ampliação da demanda por serviços de saúde, mediante proposta ao Ministério da Saúde de valores *per capita* em cada bloco de financiamento do SUS compatíveis com as necessidades dos estados e dos municípios receptores do fluxo migratório.

Conclusão

Como se vê, o direito à saúde, positivado como direito fundamental pela Constituição Federal de 1988 e concretizado, sobretudo, no Sistema Único de Saúde, representa uma das mais importantes garantias de inclusão social no Brasil. Ao assegurar que todos os indivíduos presentes no território nacional, incluindo refugiados e migrantes indocumentados, possam acessar serviços de saúde de forma gratuita, o país assegura a aplicação do princípio da dignidade da pessoa humana, um dos fundamentos da nossa República, a todos os indivíduos em situação de vulnerabilidade.

Embora ainda existam significativos desafios a serem superados, como indicado neste artigo, o cenário é promissor. A Nota Técnica nº 8/2024, do Ministério da Saúde, que, entre muitos outros, determina às equipes de saúde que garantam atendimento a todas as pessoas que procurem apoio médico, independentemente da condição documental; reconhece a importância de se respeitar as barreiras culturais e linguísticas; e orienta os profissionais de saúde para que não denunciem migrantes indocumentados; demonstra os esforços empreendidos no Brasil em prol de um atendimento mais inclusivo, sensível e humanizado aos que estão em situação de vulnerabilidade.

Esse otimismo se fundamenta tanto nas ações adotadas pelo Poder Público, quanto na atuação de entidades da sociedade civil e de organismos internacionais, que se associam ao espírito solidário

do povo brasileiro para garantir não apenas a sobrevivência, mas também o bem-estar e a integração adequada de refugiados e migrantes indocumentados.

Assim, ao consolidar e expandir as iniciativas que visam à universalização do acesso à saúde, o Brasil reafirma seu papel de liderança regional em questões humanitárias, ao mesmo tempo em que honra os princípios constitucionais que devem nortear suas políticas públicas, estimulando a construção de uma sociedade mais justa e solidária, em que a saúde é, de fato, um direito de todos e um dever do Estado.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição das autoras

Os autores contribuíram igualmente.

Equipe editorial

Editora científica: Alves SMC

Editor assistente: Cunha JRA

Editores associados: Lamy M, Ramos E

Editor executivo: Teles G

Assistente editorial: Rocha D

Revisora de texto: Barcelos M

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidente da República; 2016 [citado em 30 set. 2024]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Paim J. O que é o SUS. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 2016 [citado em 30 set. 2024]], 120 p. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/que-e-o-sus-o>
3. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. New York, 22 jul. 1946 [citado em 30 set. 2024]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
4. Brasil. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987 [citado em 30 set. 2024], 430 p. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 set. 1990 [citado em 30 set. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
6. Canuto LC, Triboli P. Debatedores apontam desafios de trabalhadores imigrantes e refugiados no Brasil. [Internet] Agência Câmara de Notícias. 31 ago. 2023 [citado em 30 set. 2024]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/993591-debatedores-apontam-desafios-de-trabalhadores-imigrantes-e-refugiados-no-brasil/#:~:text=H%C3%A1%20cerca%20de%201%2C5%20mil%20imigrantes%20ou%20refugiados%20venezuela%20nos>
7. Junger G, Cavalcanti L, Lemos SF, de Oliveira T. Refúgio em Números 2024. 9ª ed. Brasília, DF: Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Departamento das Migrações; OBMigra, 2024. [citado em 30 set. 2024], 150 p. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/Obmigra_2020/OBMIGRA_2024/Ref%C3%BAgio%20em%20N%C3%BAmeros%20-%209ed/Ref%C3%BAgio%20em%20N%C3%BAmeros%20-%20edicao%20-%20final.pdf
8. Brasil. Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. Brasília, 22 jul. 1997 [citado em 30 set. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19474.htm
9. Brasil. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Brasília, 24 mai. de 2017 [citado em 30 set. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/113445.htm

10. Barbosa LA, Sales AFG, Cavalcante Neto AS, Oliveira MAC. Migrantes venezuelanos e direito à saúde: percepções de técnicos de enfermagem de um hospital geral. *Physis* [Internet]. 2024 [citado em 30 set. 2024]; 34:1-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434036pt>
11. Carlet F, Milesi R. Refugiados e políticas públicas. In: Rodrigues V (org.). *Direitos humanos e refugiados*. Vila Velha, ES: Nuances – Centro Universitário Vila Velha; ACNUR; IMDH; 2006. p. 123-150.
12. ACNUR - Alto Comissariado da ONU para Refugiados. *Cartilha para refugiados no Brasil*. Brasília: ACNUR; 2014. 140 p. [citado em 30 set. 2024]. Disponível em: https://www.acnur.org/br/sites/br/files/legacy-pdf/Cartilha-para-Refugiados-no-Brasil_ACNUR-2014.pdf
13. GDF. *Guia de acolhimento aos migrantes, refugiados e apátridas dos serviços de saúde do Distrito Federal*. Brasília: Governo do Distrito Federal; 2023. 20 p. [citado em 30 set. 2024]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/177808/Guia+de+Migrantes%2C+Refugiados+e+Ap%C3%A1tridas.pdf/013260d1-745a-c7bb-94d7-db324c784e34?t=1721841619065>
14. GDF. *Cadastro no SUS*. Secretaria de Saúde do Distrito Federal [Internet]. 01 out. 2024 [citado em 30 set. 2024]. Disponível em: <https://web.archive.org/web/20241005233420/https://www.saude.df.gov.br/atendimento-1>
15. Branco ML. Saúde nas fronteiras: o direito do estrangeiro ao SUS. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* [Internet]. Jun de 2013 [citado em 30 set. 2024]; 2(1):40-54. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/29>
16. Legido-Quigley H, Nicola Pocock N, Tan ST, Pajin L, Suphanchaimat R, Wickramage K, et al. Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. *BMJ* [Internet]. 2019 [citado em 30 set. 2024] 366:1-5. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/366/bmj.l4160.full.pdf>
17. Brasil. Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS. Ministério da Saúde [Internet]. 2024 [citado em 30 set. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-8-2024.pdf>
18. Brasil. Lei nº 13.684, de 21 de junho de 2018. Dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária; e dá outras providências. Brasília, 21 de jun. 2018 [citado em 30 set. 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113684.htm
19. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Ministério da Saúde [Internet]. [citado em 30 set. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit>

Como citar

Branco PHMG, Branco PGG. A Proteção do Direito à Saúde de Refugiados e Indocumentados: desafios no contexto brasileiro. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2024 out./dez.;13(4):44-56. <https://doi.org/10.17566/ciads.v13i4.1294>

Copyright

(c) 2024 Pedro Henrique de Moura Gonet Branco, Paulo Gustavo Gonet Branco.

