

**SAÚDE E MOBILIDADE INTERNACIONAL HUMANA:  
intersecções na garantia do acesso à saúde por migrantes e refu-  
giados dentro do Estado brasileiro sob a ótica do Sistema Inte-  
ramericano de Direitos Humanos**

*HEALTH AND INTERNATIONAL HUMAN MOBILITY: in-  
tersections in guaranteeing access to health for migrants and refugees  
within the Brazilian State from the perspective of the Inter-American  
System of Human Rights*

Isabela Mendez Berni<sup>1</sup>, Viviany Yamaki<sup>2</sup>

**RESUMO**

O presente trabalho busca tratar da problemática quanto ao acesso à saúde, em sua plenitude e eficácia, das pessoas migrantes e refugiadas. Através do método dedutivo, pauta-se na análise doutrinária, de precedentes e de legislações em nível interno e internacional para com-

1 Discente do 8º termo do curso de Direito do Centro Universitário Antônio Eufrásio de Toledo de Presidente Prudente. Bolsista do Programa de Iniciação Científica Constitucionalismos e Direitos Fundamentais do Centro Universitário. Pesquisadora do Grupo de Estudos em Direito e Assuntos Internacionais da UFC. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Direito Internacional fornecido pela UERJ. E-mail: [isamendezberni@gmail.com](mailto:isamendezberni@gmail.com).

2 Mestranda em Direitos Humanos pela Faculdade de Direito da USP. Especialista em Direitos Humanos pela Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da USP. Bacharela em Direito pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Direito Internacional da UERJ. E-mail: [viviany.yamaki@gmail.com](mailto:viviany.yamaki@gmail.com).

Artigo recebido em 05 de dez. de 2022 e aprovado para publicação em 06 de jun. de 2023.

preensão das diretrizes do Sistema Universal de Direitos Humanos, conferindo-se maior enfoque ao Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Faz-se uma investigação principiológica e sob a ótica da igualdade e não discriminação para garantia de direitos, considerando a busca histórica no cenário da comunidade internacional e das normativas brasileiras, identificando-se as obrigações estatais frente ao referido Sistema Regional de Proteção aos Direitos Humanos, na perspectiva do controle de convencionalidade. O direito à saúde de migrantes e refugiados pressupõe ações e procedimentos que alcancem as demandas específicas desses indivíduos e que transponham as dificuldades de acesso aos serviços públicos, que vão desde o devido preparo dos profissionais que atuam com esta população até adoção dos procedimentos necessários para solicitação de permanência em solo brasileiro e como o Estado brasileiro pode atuar na concretização material do direito das pessoas em mobilidade com base no controle de convencionalidade.

**Palavras-chave:** Direito à saúde. Migrantes. Refugiados. Direito Internacional dos Direitos Humanos. Sistema Interamericano de Direitos Humanos.

## ABSTRACT

This paper seeks to address the problem of access to health care, in its fullness and effectiveness, for migrants and refugees. Through the deductive method, it is based on the analysis of doctrine, precedents and legislation at the domestic and international levels to understand the guidelines of the Universal System of Human Rights, giving greater focus to the Inter-American System of Human Rights. A principled investigation is carried out under the viewpoint of equality and non-discrimination for the guarantee of rights, considering the historical search in the scenario of the international community and of the Brazilian norms, identifying the state obligations

in relation to the aforementioned Regional System of Human Rights Protection, from the perspective of control of conventionality. The right to health of migrants and refugees presupposes actions and procedures that reach the specific demands of these individuals and overcome the difficulties of access to public services, ranging from the proper preparation of professionals who work with this population to the adoption of the necessary procedures for requesting permanence in Brazilian soil and how the Brazilian State can act in the material realization of the right of people in mobility based on the control of conventionality.

**Keywords:** Right to health. Migrants. Refugees. International Human Rights Law. Inter-American System of Human Rights.

## 1 INTRODUÇÃO

Uma abordagem compreensiva do direito à saúde de pessoas em contexto de deslocamento parte da análise da situação de vulnerabilidade à qual essas pessoas estão sujeitas, o que implica necessariamente tratar de três aspectos que se correlacionam: o contexto global do aumento das migrações contemporâneas, a saúde como direito humano imprescindível para a dignidade humana de toda pessoa e as diretrizes internacionais para a garantia de referido direito para migrantes, refugiados e deslocados internos.

Para tanto, o corpo normativo referente à intersecção das temáticas migração, refúgio e saúde será investigado, especialmente no que já fora produzido no âmbito dos sistemas internacionais de proteção aos direitos humanos e de suas agências especializadas. O

enfoque da pesquisa recairá nos deveres estatais esperados em relação ao atendimento hospitalar e orientações legais para acesso aos sistemas de saúde para migrantes e refugiados, com identificação dos principais obstáculos que esse grupo enfrenta para conseguir atendimento hospitalar e tratamentos de saúde em geral, reivindicações e iniciativas para superá-los, assim como sobre a avaliação do impacto no direito interno, das normas emanadas no âmbito dos sistemas internacionais, com destaque para o Sistema Interamericano de Direitos Humanos e Estado brasileiro.

A atualidade e relevância da análise do tema ganha notoriedade sobretudo com o alto número de pessoas em situação de migração e refúgio no mundo. O mais recente relatório da Organização Internacional de Migrações indicou um total de 281 milhões de migrantes no mundo em 2020 (IOM, 2022, p. 23). A Agência da Organização das Nações Unidas para Refugiados, do mesmo modo, aponta o expressivo crescimento do número de pessoas abrangidas pela situação de deslocamento forçado. No fim do ano de 2021, a soma atingiu 89,3 milhões de pessoas – um aumento maior que o dobro em relação às estatísticas do ano de 2012 (UNHCR, 2021, p. 5).

Acrescenta-se ao quadro o advento da pandemia de Covid-19, tal crise sanitária evidenciou a importância e o alcance das questões de saúde global para todos, revelando a interdependência da comunidade humana. A emergência de saúde pública de importância internacional, tal como fora declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em março de 2020, acentuou desigualdades pré-ex-

istentes sobre as populações vulneráveis, somando às precariedades social, econômica e jurídica inerentes à condição de migrante e refugiado, o desafio de ter acesso aos tratamentos de saúde de forma ampla. Por vezes, diante de vulnerabilidades sobrepostas, como na situação do migrante idoso ou idosa, com comorbidades, o acesso aos serviços de saúde implicou em ter garantido o próprio direito à vida.

Trata-se de campo que exige o estabelecimento de diálogos entre a mobilidade internacional e o direito humano à saúde, sendo que este último, como se verá, é permeado de complexidades e desafios.

Além de uma leitura da saúde de migrantes e refugiados baseada nos determinantes sociais, como acima mencionado, cabe ainda tecer breves comentários sobre as principais barreiras no acesso aos serviços de saúde. Os obstáculos encontrados por migrantes, refugiados e apátridas para usufruir de atendimento à saúde podem ser: os linguísticos, que dificultam desde a comunicação dos sintomas, prescrição do tratamento até a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, provocando no imigrante ainda um sentimento de discriminação e isolamento social; os culturais, que impactam desde o pudor no exame físico até o sentimento de depreciação por possuir uma cultura diferente da local; os financeiros, relativos a não cobertura de procedimentos pelo serviço público de saúde, a depender do país; administrativos e burocráticos, relacionados à documentação e mesmo à situação migratória (MARTINS, 2020, p. 35-42).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é marcado pelas características da universalidade, integralidade e gratuidade, garantido a todos, conforme previsão constitucional. Apesar disso, grande parte dos migrantes e refugiados ainda desconhece seu direito de acessar o serviço público de saúde. Nesse sentido, a divulgação e orientação mostram-se fundamentais, pautando-se nos esforços do Estado, das organizações internacionais por meio de suas filiais locais e sociedade civil para levarem informações até migrantes e refugiados, desde guias, cartilhas e até aplicativos com informações, com tradução e o amplo uso de imagens são ferramentas importantes e direcionam-se ao encontro do artigo 4º, inciso VIII, da Lei n. 13.445, de 24 de maio de 2017, também denominada Lei de Migração, que reforça o direito de acesso dos migrantes aos serviços públicos sem discriminação, em sentido amplo.

Observa-se que, além da condição dos migrantes e refugiados, o acesso à saúde encontra particularidades e ações próprias quando se trata de áreas fronteiriças ou de portugueses equiparados.

O direito à saúde dos migrantes fronteiriços, por sua vez, revela grande especificidade e as formas como podem usufruir dos meios de acesso à saúde existente no Estado brasileiro emergem como grande questão. Entre os países fronteiriços, possuem destaque: (i) Venezuela; (ii) Bolívia; (iii) Colômbia; e (iv) Argentina, pois como pauta realizada dentro do Mercosul, é grande a passagem para o Brasil em busca do SUS, por imigrantes e nativos que nestes demais Estados residem.

Um fator notório é a dificuldade que estas pessoas, não nacionais brasileiras, possuem ao entrar no Brasil, uma vez que, em geral, elas são pessoas indocumentadas e, por vezes, adentram as fronteiras de modo ilegal, fugindo das mais diversas situações. Neste ponto, faz-se importante destacar seus direitos, deveres e como transmutar a ilegalidade de seu *status* em legalidade. Para além, nestes casos, prioriza-se pelos atendimentos de urgência e emergência.

Em pesquisa feita em campo, Carneiro e Silveira (2003) levantaram que os índices de violência doméstica e laboral eram maiores em mulheres de nacionalidade boliviana. Isto pode se dar devido a maior dificuldade encontrada por estas mulheres em conseguir emprego, devido a barreiras linguísticas e, até mesmo, documentais, uma vez que em uma situação de fuga, por exemplo, até documentos escolares acabam perdendo-se. Para além, também existe a ausência de amparo familiar e, até mesmo, de segurança em buscar por ajuda estatal, o que se dá, muitas das vezes, por medo da retirada compulsória do país.

Deve-se antever que, quando o Estado se obriga perante uma convenção ou tratado internacional, ele, automaticamente, com exceção da hipótese da cláusula de reserva, deve adequar seu ordenamento jurídico interno ao Direito Internacional, exercendo o Controle de Convencionalidade.

Este foi inaugurado de modo mais expreso na jurisprudência de referida corte sobretudo na sentença do caso *Almonacid Arellano e Outros vs. Chile* (CORTE IDH, 2006a, p. 165-167),

vindo ser posteriormente desenvolvida e ampliada. Em síntese, referida doutrina invoca como fundamentos o artigo 2 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos (CADH), conjuntamente ao artigo 27 da Convenção de Viena do Direito dos Tratados, trazendo como dever de toda autoridade judiciária ou estatal a averiguação da compatibilidade de ato ou lei interna com as obrigações internacionais do Estado, observando a interpretação da já mencionada corte regional.

Logo, seguindo a ideia de que a própria CADH, ao se referir ao direito à saúde em seu artigo 26 em interpretação conjunta ao artigo 2, estabelece, expressamente, sobre a necessidade de Estados Partes adotarem providências em acordo com o desenvolvimento progressivo e à luz do artigo 1 do mesmo Tratado, resta claro que é um dever explícito do Estado fornecer o acesso à saúde, bem como, atuar de maneira preventiva, restando, assim, evidente deveres positivos e negativos.

Sendo assim, se enfatiza desde o primeiro momento que o Estado brasileiro tem avançado na legislação interna destinada às pessoas em deslocamento, no entanto, ainda há pontos importantes que devem ser adequados sob o aspecto material e que devem se pautar, inclusive, no citado controle e na aferição de convencionalidade feita pelo Ministério Público em sua função de fiscal da Lei, em especial o acesso à informação de modo simples e fácil com adequação linguística e cultural e a inserção destas pessoas dentro da sociedade, por meio de empregos e atividades gerais que visem combater violências e ampliar a rede de contatos e oportunidades.



Outro ponto em que se faz necessária a mudança pública brasileira é que ao se tratarem de projetos de governo, com a mudança do gestor do Executivo, por sua vez, estes programas acabam sendo interrompidos, suspensos ou afetados financeiramente, sendo algo que deve ultrapassar políticas públicas e neste ponto se faz ainda mais necessária a educação em direitos humanos e a cobrança pública para que a assistência prestada seja fixa e não transitória e insegura.

## **2 DIREITO À SAÚDE DE MIGRANTES E REFUGIADOS**

O direito humano à saúde foi sendo implementado e incorporado ao *corpus iuris* internacional gradativamente à medida que foram sendo observadas sua necessidade e importância.

Por este motivo é de grande importância que seja avaliado todo o contexto histórico, bem como as questões elementares em sua elaboração e proteção para que sua base e aplicação sejam compreendidas, não apenas como um direito formal, mas também material e essencial, parte da interpretação de vida digna.

É fato notório que direitos como o acesso à saúde de forma igualitária é parte intrínseca ao ser humano, sendo fator determinante de sua criação, remetendo-se aos direitos naturais da humanidade. Ao passo que, com o correr do tempo, o naturalismo cedeu espaço às normas e regulamentos, sob a prerrogativa de segurança jurídica e previsibilidade. Deste modo, será feita uma análise histórica e em seguida serão trabalhadas as partes específicas do direito estudado.

## 2.1 DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO E PROGRESSISTA DO DIREITO À SAÚDE NO PLANO INTERNACIONAL

Ainda na Antiguidade, os fundamentos dos direitos humanos já seriam identificados na célebre peça *Antígona* (421 a.C.), tragédia grega de Sófocles, na qual se remete ao direito natural, isto é, a normas intrínsecas à própria condição do ser humano e, portanto, anteriores às normas estatais. Os pilares sobre os quais se firmavam referida categoria de direitos foram desenvolvidos e ampliados paulatinamente, na direção do que se entende por *afirmação histórica dos direitos humanos* (COMPARATO, 2019). À medida em que tais direitos se incorporaram aos sistemas jurídicos, ficaram conhecidos como direitos fundamentais e direitos humanos – os primeiros, implementados nas Constituições e ordenamentos jurídicos internos dos Estados; os segundos, na ordem jurídica internacional, respectivamente.

De modo geral, os direitos humanos passaram a ser considerados como elementares com o final da Segunda Guerra Mundial, momento em que se viu a imprescindibilidade da criação de órgão internacional universal para regulamentar e disciplinar ações estatais, a fim de viabilizar a convivência global pacífica. Após a Conferência de São Francisco, em 1945, a Organização das Nações Unidas (ONU) foi instituída, com o objetivo de primar pela paz mundial, de estabelecer relações amistosas entre as nações, conseguir cooperação internacional nos campos econômico, cultural, social e humanitário, primando pela promoção dos direitos humanos e liberdades individuais, sem discriminação.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada em 10 de dezembro de 1948 pela ONU, figura como compromisso político dos Estados Parte, de proteger e assegurar o princípio ético da dignidade da pessoa humana, através da consagração de direitos civis e políticos, bem como de direitos econômicos, sociais e culturais. Entre esses últimos, prevê em seu artigo 25.1 que todo ser humano tem direito para si mesmo e para sua família ao acesso à saúde e cuidados médicos. Do mesmo modo, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) de 1966, nos termos de seu artigo 12, reconheceu o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.

O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, órgão que monitora a implementação do PIDESC, emitiu a Observação Geral nº 14, no ano de 2000, salientando que é dever dos Estados fornecer o mais alto nível de saúde. Através de sua atuação, pode-se vislumbrar que o sistema universal parametrizou como satisfação do direito à saúde os seguintes elementos, considerados essenciais e interrelacionados, cuja aplicação depende das condições que prevalecem em cada Estado Parte: (i) *disponibilidade*, que expressa a necessidade de haver oferta suficiente de estabelecimentos, bens e serviços de saúde; (ii) *acessibilidade*, cujo conteúdo refere-se à necessidade dos estabelecimentos, bens e serviços de saúde funcionarem sem discriminação, com acessibilidade física, econômica e acesso à informação; (iii) *aceitabilidade*, isto é, todos os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem observar a ética médica e

serem culturalmente apropriados, respeitando a cultura das pessoas, minorias, especificidades de gênero e de ciclos de vida; e (iv) *qualidade*, isto é, os estabelecimentos de saúde devem estar apropriados do ponto de vista científico, com capacitação adequada dos profissionais, disponibilizando equipamentos hospitalares e recursos em estado adequado (COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS, 2000, p. 4-5).

Na sequência do estabelecimento do pilar do sistema universal de proteção de direitos humanos, verificou-se a necessidade de criação de sistemas regionais que atendessem as peculiaridades de cada zona do globo. O Direito Internacional dos Direitos Humanos, então emergente, tornou-se instrumento de promoção de direitos e adquiriu meios para apurar a responsabilidade dos Estados por violações aos compromissos assumidos internacionalmente, em caráter subsidiário. Desta forma, foram instituídos os sistemas europeu, interamericano e o africano de proteção aos direitos humanos, muito se versando também sobre os sistemas árabe e asiático, o primeiro ainda incipiente e o segundo, pouco debatido no Ocidente. Apesar das particularidades culturais e das tradições de cada sistema, observa-se que eles interagem com o sistema universal, no sentido de ampliar e fortalecer a proteção de direitos humanos, uma vez que são o *locus* para justicialização internacional de referidos direitos – haja vista a inexistência de um tribunal internacional de direitos humanos no âmbito da ONU até a presente época (PIOVESAN, 2019, p. 121).

A Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem

em seu artigo XI, estabelece que toda pessoa tem direito à saúde, inclusive no que diz respeito a medidas sanitárias e sociais, como alimentação, vestimenta, habitação e cuidados médicos.

Em consonância ao exposto, a Carta da Organização dos Estados Americanos (OEA) prevê em seu artigo 34 metas básicas para a região. Dentre elas, condições urbanas de vida sadia e aplicação de conhecimentos modernos da Medicina e em seu artigo 45 já versava acerca da necessidade de uma boa governança política e social.

A Convenção Americana sobre Direitos Humanos (CADH), por sua vez, embora não contenha previsão expressa do direito à saúde, consagra o direito à vida que por vezes lhe confere proteção correlata. Neste aspecto, exige-se dos Estados não somente uma dimensão de atuação negativa para não privar arbitrariamente pessoas do direito à vida, mas também se requer prestações positivas para garantir uma existência digna. Por isso, é possível tratar do direito à saúde através de uma interpretação ampliativa, que atribui um conteúdo social aos direitos civis e políticos, no caso, o direito à vida (RAMOS, 2019, p. 353-356). Não obstante, o artigo 26 do instrumento em comento, pressupõe a existência do “desenvolvimento progressivo” dos direitos econômicos, sociais e culturais, entre os quais, inclui-se inexoravelmente o direito humano e social à saúde.

Nessa toada, a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), firmou como precedente a incorporação dos direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais (denominados DESCAs) ao referido artigo, como uma forma de derivação das normas, em

conjunto com o artigo 29 do mesmo tratado. Perfez-se, desta forma, uma interpretação extensiva, evolutiva, sistemática e teleológica aos direitos humanos (CORTE IDH, 2018, párr. 103), tornando-se possível afirmar que os Estados Parte da CADH possuem, necessariamente, a obrigação concreta e constante de avançar de maneira mais consistente na efetivação dos DESCAs. Importa observar que em julgados mais recentes, conquistou-se a admissão da justiciabilidade direta dos DESCAs – e especificamente no caso do direito à saúde, passou-se a aceitar sua reivindicação de forma autônoma e independentemente de sua conexão com outros direitos civis e políticos. Trata-se, pois, do chamado giro jurisprudencial na matéria no âmbito da Corte IDH, representado por casos como *Poblete Vilches e Outros vs. Chile* e *Cuscul Pivaral e Outros vs. Guatemala*, ambos de 2018 (GUZMÁN, 2019, p. 309-313).

De acordo com esse novo entendimento, a Corte IDH acaba por manifestar que os Estados não podem se valer do tempo como subterfúgio para negar a implementação progressiva dos DESCAs. As medidas progressivas, de caráter mais genérico, significam que os Estados têm a obrigação concreta e constante de avançar para garantir esses direitos, não aceitando-se o retrocesso, tampouco o adiamento ininterrupto que lhes inviabilize de forma adequada e eficaz. Concomitantemente, o Estado ainda é responsável por obrigações de *caráter imediato*, que implicam em prestações específicas e sem discriminação, para a realização dos direitos aqui examinados (CORTE IDH, 2018, párr. 104).

Parte desta interpretação veio em complementaridade ao

Protocolo Adicional à CADH em matéria dos DESCAs, denominado Protocolo de São Salvador, que prevê expressamente em seu artigo 10, o direito em arguição e também traz a obrigação estatal em reconhecer a saúde como bem público, englobando todas as pessoas sujeitas à *jurisdição* do Estado. Outrossim, expõe que deve haver satisfação dos grupos em alto risco, situação de pobreza e vulneráveis, podendo-se depreender que os migrantes estão englobados nestas três categorias.

Ainda vale mencionar como precedente importante na garantia do direito à saúde sem discriminação, a alcançar migrantes e refugiados, que a Corte IDH ao julgar a partir do diálogo com a parametrização definida no Comitê do PIDESC, entendeu que o elemento aceitabilidade contém um conceito transversal. Assim, o tratamento igualitário, dentro do raciocínio da igualdade negativa e positiva envolve possibilitar que pessoas de diferentes meios e condições sociais tenham iguais condições e oportunidades de acesso aos sistemas (CORTE IDH, 2018, par. 121-123).

O direito à saúde, vale acrescentar, encontra-se resguardado em diversos outros tratados internacionais, cujo alcance se dá em âmbito global ou regional, fazendo-se importante mencioná-los, por tratarem da proteção à saúde em atenção a temáticas mais específicas e/ou mais direcionadas ao sujeito de direito em situação de vulnerabilidade: (i) Convenção Internacional sobre todas as formas de Eliminação da Discriminação Racial, que diz expressamente em seu artigo IV e V que o Estado não pode agir com discriminação racial quando se trata dos DESCAs, em especial ao direito à saúde pública;

(ii) Convenção Internacional sobre todas as formas de Eliminação da Discriminação contra a Mulher, que prevê o direito à saúde da mulher no ambiente de trabalho e o direito ao acesso a material informativo sobre sua saúde, com atenção ao planejamento familiar; (iii) Convenção sobre os Direitos das Crianças, com destaque para os artigos 24 e 25; (iv) Convenção sobre a Proteção dos Trabalhadores Migratórios e de seus Familiares, que versa sobre o direito de receber cuidados médicos urgentes em seu artigo 28; (v) Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que no artigo 25 prima pela promoção da saúde sem discriminação da deficiência, previsão de fornecimento de serviços de reabilitação, pautando-se inclusive no respeito às especificidades de gênero; (vi) Carta Social das Américas, que no artigo 17 dispõe que a saúde é condição fundamental para a inclusão e coesão social, assim como para o desenvolvimento econômico com igualdade; (vii) Convenção Interamericana de Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, que prevê o direito à saúde deste grupo no consentimento informado, relações de cuidado e acesso sem discriminação; entre outros, tais como a Declaração e Programa de Ação de Viena, as Regras de Bangkok e a Convenção para a Redução dos Casos de Apatridia.

Como se vê, há um vasto corpo internacional de normas que preveem o direito à saúde - que deve ser interpretado e aplicado com vistas a alcançar a harmonia entre a ordem jurídica nacional e o entendimento das tribunas internacionais, especialmente da Corte IDH, conforme doutrina do controle de convencionalidade.

Analisados, pois, os parâmetros universais e regionais atuais



para sob os quais deve-se compreender e aplicar o direito à saúde, passa-se à investigação mais detida de como este direito alcança pessoas em situação de mobilidade internacional.

## 2.2 ESPECIFICIDADES DO ACESSO À SAÚDE DE MIGRANTES E REFUGIADOS

Conforme todos os instrumentos dispostos acima, o direito à saúde, enquanto direito humano, é inerente a qualquer pessoa e, portanto, deve ser respeitado sem nenhuma forma de discriminação. Por conseguinte, faz-se digno trazer à baila a diferenciação entre imigrantes, refugiados e apátridas, de modo a se esmiuçar quais os métodos e como o Estado deve agir de maneira eficaz e correta para com o direito de cada uma das pessoas que estão sob sua jurisdição.

O imigrante, em termos bastante singelos, é toda pessoa que adentra em um Estado, que não o seu de origem, com o intuito de trabalhar e/ou morar. Para além, há ainda os visitantes ao Estado, que assim podem estar por diversos motivos, munidos do passaporte, documento comprobatório regular.

Já a pessoa em situação de refúgio, conforme definição clássica do Estatuto do Refugiado de 1951, que viria a ser complementado pelo Protocolo Adicional de 1967, pode ser compreendido como quem sofre temor de perseguição em razão de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião política. Diante da limitação apresentada por esses parâmetros, mais recentemente alguns documentos incluíram novos critérios para ampliar a proteção do

indivíduo de acordo com sua realidade, conforme delimitado por sistemas regionais de proteção (JUBILUT, 2007). Deste modo, a grave e generalizada violação de direitos humanos e os conflitos internos passaram a compor o rol dos itens da definição clássica, dando espaço ao que se denomina definição ampliada para o refugiado – consagrada pela Convenção da Organização da Unidade Africana, de 1969 e reafirmada em âmbito interamericano pela Declaração de Cartagena, de 1993.

A apatridia, por sua vez, é a ausência de qualquer elo entre pessoa e Estado que gere uma via dupla de direitos e deveres recíprocos, o que vem a caracterizar uma preocupante situação de insegurança e marginalização (ACNUR, 2014, p. 8). O direito de toda pessoa a uma nacionalidade consagrado na Declaração Universal de Direitos Humanos foi o pilar para que fosse adotada a Convenção sobre o Estatuto dos Apátridas de 1954, que em seu artigo 1º, define como apátrida a pessoa que não seja considerada por qualquer Estado como seu nacional<sup>3</sup>.

Um exemplo histórico de apatridia ocorreu com a extinção da União Soviética – antiga URSS, que deixou milhares de apátridas por toda a Ásia Central. A situação também pode vir a acontecer quando pessoas nascidas em solo cujo critério para cidadania é o *jus sanguinis*, na impossibilidade de retornar ao país de origem de

3 Para uma compreensão mais detalhada do conceito de apátrida, cf. ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. **O Conceito de Pessoa Apátrida segundo o Direito Internacional**. Itália, 27-28 mai. 2010. Disponível em: [https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/O\\_Conceito\\_de\\_Pessoa\\_Apatrida\\_segundo\\_o\\_Direito\\_Internacional.pdf?view=1](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/O_Conceito_de_Pessoa_Apatrida_segundo_o_Direito_Internacional.pdf?view=1). Acesso em: 29 out. 2022.

seus pais para registro civil, em hipóteses como fuga de guerra ou perseguição política, ficam sem vínculo para com o seu Estado de nascimento também, implicando em falta de documentação, consequentemente tornando-se apátridas.

A razão de ser da apatridia pode se dar por contextos internos, históricos, políticos, culturais, econômicos e sociais, mas que são mantidos devido a questões: (i) *de jure*, ou seja, o indivíduo não é conhecido como cidadão pela legislação de qualquer um dos Estados existentes; e (ii) *de facto*, ou seja, aquelas pessoas que não podem ou não querem a ligação de cidadania para com nenhum Estado, ou como estabelecido pelos dispositivos do SIDH, desigualdades estruturais (CORTE IDH et al., 2014, p. 112).

Ilustração mais recente de apatridia é o caso *Dilcia Yean e Violeta Bosico vs. República Dominicana*, que tramitou na Corte IDH e teve sentença em 8 de setembro de 2005. Em síntese, a controvérsia examinou a negativa do direito à nacionalidade das crianças nascidas no Estado dominicano no contexto de chegada de haitianos. As meninas Dilcia e Violeta tinham mãe de nacionalidade dominicana e pai haitiano. À época, as mulheres com cidadania haitiana ou descendentes do povo haitiano costumavam ter os filhos em casa, devido à dificuldade de locomoção e pelo medo de deportação, uma vez que era bastante comum esta ocorrência sem o devido procedimento.

Ainda que a Constituição da República Dominicana adotasse como critério para nacionalidade o *jus solis*, a xenofobia insta-

lada impunha sérias dificuldades para que as crianças conseguissem documentos emitidos pelos órgãos públicos locais, o que por sua vez, dificultava o acesso a serviços básicos estatais, como educação e saúde. Dilcia e Violeta foram com seus pais obter o registro de nascimento, entretanto, este lhes foi negado, porque, em tese, não foram apresentados todos os documentos necessários. Após trâmites internos, em detrimento a uma medida cautelar concedida pela CIDH, o Estado dominicano emitiu uma certidão provisória de estadia até que houvesse o reconhecimento da migração. No entanto, apenas 2 anos depois houve a concessão da certidão de nascimento para as crianças, verificando-se que a ausência do documento de vinculação ao Estado gerou danos educacionais e impossibilitou o adequado acesso às instalações públicas, como hospitais e demais espaços de acesso ao direito à saúde (CORTE IDH, 2006b).

Como se vê, a nacionalidade é direito que possui duplo sentido: no estabelecimento de vínculo entre pessoa e Estado, assim como nos direitos dele derivados (CORTE IDH, 2005, par. 185; CORTE IDH, 2003, par. 88), afetando a dignidade da pessoa humana, em consonância com entendimento do Comitê dos Direitos da Criança da ONU.

É no sentido de garantir direitos às pessoas em mobilidade internacional que o princípio da igualdade e da não discriminação ganha relevância. De acordo com a jurisprudência da Corte IDH, trata-se de uma norma *jus cogens* (CORTE IDH, 2014, p. 137) e que impetra uma obrigação geral aos Estados de garantirem a sua aplicabilidade (CORTE IDH, 2014, p. 130) sobre todas as pessoas

abaixo de sua jurisdição, ou seja, dentro do espaço em que impera o seu poder soberano de impor regras, sendo, desta maneira, um princípio e direito *erga omnes* também. Esse princípio deve ser aplicado, inclusive, sobre os imigrantes indocumentados, tidos como imigrantes ilegais ou em situação irregular, ainda que possam ser estabelecidas algumas diferenças quanto a titularidade de alguns direitos políticos. Nesta linha, os precedentes vão de acordo com a obrigação estatal em oferecer, inclusive, aos imigrantes irregulares assistência sanitária e serviços de saúde (CORTE IDH, 2014, p. 343).

Em virtude do entendimento de não discriminação, igualdade e vasta proteção que o direito à saúde possui no *corpus iuris* internacional, é pacífico que deve o Estado arcar com as obrigações perante as pessoas imigrantes, independentemente de seu *status*, refugiadas (cumprindo, inclusive, para com o princípio do *non refoulement*) e apátridas.

Nesse sentido, cumpre esclarecer que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que “o migrante e o refugiado têm direito à saúde sem discriminação em relação aos nacionais do Estado de trânsito ou de acolhida” e que “a promoção da saúde de migrantes e refugiados exige políticas específicas para atender às suas necessidades, que levem em consideração os determinantes sociais do deslocamento”(VENTURA; YUJRA, 2019, p. 35).

O tradicional enfoque dado ao campo da saúde na mobilidade internacional como um tema de segurança e risco, que requer a proteção da saúde do país de acolhida ante a possibilidade da ameaça

do contágio de doenças oriundas do exterior, mostra-se insuficiente para o tratamento eficaz da questão. De igual modo, o enfoque de saúde pública que busca aumentar o nível geral da saúde da população para qualificar mão de obra e diminuir gastos públicos, considerando migrantes e refugiados tão somente como elementos de políticas em favor dos interesses do país de acolhida (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 36), em detrimento das reais necessidades dos migrantes e refugiados, não conferem a devida proteção a esses grupos.

O enfoque de direitos humanos na saúde de migrantes e refugiados considera que a saúde da pessoa se atrela ao grau de realização de seus direitos e sua aplicação exige a análise de duas dimensões da vulnerabilidade desses grupos. A primeira diz respeito às características do indivíduo ou grupo, tais como gênero, idade, deficiências, níveis de segurança e educação. A segunda, refere-se a causas estruturais e mantém correspondência com os determinantes sociais da saúde, sendo exemplificada por condições de trabalho e vida, nível de proteção jurídica, situação migratória no país de acolhida, exposição a crime e conflitos, barreiras linguísticas, nível de proteção no processo migratório e eventual situação de detenção (VENTURA; YUJRA, 2019, p. 37-38).

Nesse sentido, cabe observar que os processos sociais e contextos sociopolíticos enfrentados por migrantes e refugiados nem sempre favorecem sua saúde. Assim, análises dos modos de vida, concepções sobre adoecimento, diferentes formas de lidar com a saúde e a doença, intercorrências de adoecimento durante o deslocamento e análises dos sistemas de saúde dos países de acolhida,

constituem base à formulação de preocupações teórico-conceituais e práticas que abrem perspectivas à compreensão do processo saúde-doença-cuidados entre os imigrantes e refugiados (MARTIN, GOLDBERG, SILVEIRA, 2018, p. 30). Isso implica em conferir um olhar atento sobre as demandas desse público - sua maior exposição a formas de trabalho precárias e informais nos países de acolhida, o distanciamento familiar e desenraizamento social que podem favorecer o adoecimento mental, bem como exposição a condições de moradia inadequada, tudo deve ser levado em conta e corrobora a necessidade de adaptação dos serviços de saúde disponibilizados a esse público.

### **3 POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DO SISTEMA INTERAMERICANO DE DIREITOS HUMANOS PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DE MIGRANTES E REFUGIADOS NO BRASIL**

Inicialmente, cumpre destacar que o fluxo migratório na região das Américas segue a tendência de crescimento global já indicada no início deste estudo. Em 2021, o continente recebeu mais de 5,1 milhões de pessoas deslocadas, sendo 86% deste total formado por venezuelanos e venezuelanas, abrangendo esta categoria pessoas refugiadas, requerentes de asilo, refugiadas, deslocadas internas, apátridas e outros (UNCHR, 2022, p. 14).

Apesar do aumento em termos numéricos de migrantes e

refugiados na região, medidas restritivas impactaram severamente a mobilidade internacional com vistas a prevenir o contágio e a disseminação do vírus Sars-CoV-2. No Brasil, adotou-se de forma progressiva o fechamento de fronteiras, com a proibição do ingresso de não nacionais, salvo poucas exceções. Sucessivas Portarias que restringiram a entrada de não nacionais no país foram publicadas, culminando na unificação do marco infralegal de “fechamento de fronteiras” com a Portaria n. 255, de 22 de maio de 2020, dos Ministros de Estado Chefe da Casa Civil da Presidência da República, da Justiça e Segurança Pública, da Infraestrutura e da Saúde, que posteriormente teve seu prazo prorrogado. Tal portaria, acompanhada da Portaria n. 419, de 26 de agosto de 2020, que lhe aumentou o período de vigência por mais 30 dias, estabeleceram sanções pela mobilidade internacional, com previsão de responsabilização nas áreas civil, administrativa, penal, assim como repatriação ou deportação imediata, além de inabilitação para o pedido de refúgio – o que permite verificar uma repercussão negativa na migração regulada pela Lei n. 13.445/2017 e no acolhimento previsto pelo direito internacional do refúgio e na normativa nacional, com destaque para o Estatuto de Refugiado (RAMOS, 2021, p. 1123-1125).

A exposição do panorama acima apresentado coloca em proeminência o papel da proteção internacional da pessoa, quando diante da falha estatal em fornecer os direitos humanos mais essenciais previstos na Declaração Internacional dos Direitos Humanos de 1948, a comunidade internacional por meio de seus sistemas protetivos, intervém para garantir e assegurar os direitos devidos.



### 3.1 PARÂMETROS DO SISTEMA INTERAMERICANO DE DIREITOS HUMANOS EM MATÉRIA DE DIREITO À SAÚDE DE MIGRANTES E REFUGIADOS

O Sistema Interamericano de Direitos Humanos, através da atuação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, órgão da Carta da OEA e da Convenção Americana, de natureza política e quase-judicial, tem contribuído para orientar os Estados Parte de referidos tratados no respeito e garantia dos direitos dos migrantes e refugiados, com enfoque nas demandas regionais. Do mesmo modo, a Corte Interamericana de Direitos Humanos, órgão jurisdicional do Sistema em análise, tem sido acionada a fim de combater violações de direitos humanos em se tratando de mobilidade internacional.

Além dos instrumentos internacionais que já foram acima mencionados, a região conta com uma Relatoria Temática em matéria de Direitos das Pessoas Migrantes (estabelecida em 2012, em substituição à antiga Relatoria sobre Trabalhadores Migrantes e Membros de Suas Famílias, de 1996), com mandato que abrange não apenas a categoria de migrantes, mas também dos solicitantes de asilo, refugiados, apátridas, vítimas de tráfico de pessoas, deslocados internos e demais grupos vulneráveis em situação de mobilidade internacional.

Dentre as atuações mais expressivas da Comissão Interamericana para a proteção dos direitos de migrantes e refugiados, está a publicação do informe “Movilidad Humana: Estándares Interamericanos”, de 2016, que elenca, em linhas gerais, a complexidade do

mobilidade internacional e interna, salientando que o grande desafio na matéria é alinhar a política migratória dos Estados, dentro da soberania que exercem, com o respeito às obrigações internacionais assumidas por eles em matéria de direitos humanos. A adequação da ação de atores estatais e não estatais, bem como omissões frente ao tratamento de migrantes e refugiadas como sujeitos de direitos e detentores de direitos humanos, o reconhecimento da situação de vulnerabilidade em que se encontram e o combate à hostilidade e discriminação ao estrangeiro são pontos abordados (CIDH, 2016, p. 12-14).

No caso do direito à saúde dos migrantes, o referido informe trata do caso de 2008, de Andrea Mortlock, no qual analisou sua deportação, por ser jamaicana e residente permanente no Estados Unidos. A sra. Mortlock padecida de HIV/AIDS e lhe foram negados os medicamentos para seu tratamento, o que poderia ter lhe custado a vida. O caso foi embasamento para salientar que migrantes e refugiados não podem ser submetidos a penas ou tratamentos cruéis ou degradantes, bem como que o exercício do direito do Estado de expulsar estrangeiro deve ser realizado em um devido processo, com respeito à integridade física e mental do migrante, inclusive com preservação de sua saúde. Por esta razão, a Comissão recomendou que aos Estados Unidos a abstenção da deportação de Andrea Mortlock (CIDH, 2016, p. 185-187).

Em 2019, através da Resolução n. 04/19, de 7 de dezembro de 2019, a Comissão Interamericana adotou os Princípios Interamericanos sobre os Direitos Humanos das Pessoas Migrantes,

Refugiadas, Apátridas e as Vítimas do Tráfico de Pessoas. Referidos princípios partiram da preocupação da Comissão em consolidar diretrizes para elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas para a promover e proteger direitos das pessoas migrantes. Estabelecendo que toda pessoa em mobilidade internacional tem os mesmos direitos humanos e garantias universais, referido documento traz em seu Princípio 35, a proteção à saúde, com extenso alcance, o que inclui: direito a desfrutar do mais alto nível de bem-estar físico e mental; de receber atenção médica independentemente da situação migratória, em igualdade de condições que os nacionais, inclusive em serviços de saúde sexual, reprodutiva e mental; dever dos Estados de atentar a situações específicas de saúde em grupos como mulheres, crianças e adolescentes; direito de confidencialidade, o que inclui a proibição de notificação pelos profissionais de saúde de sua condição migratória.

### 3.2 MÉTODOS, PROCEDIMENTOS E ORIENTAÇÕES LEGAIS AOS MIGRANTES E REFUGIADOS NO BRASIL: AVANÇO E DEFICIÊNCIAS/LACUNAS

Como demonstrado, o direito à saúde de migrantes e refugiados tem o amparo normativo e jurisprudencial oriundo do Direito Internacional dos Direitos Humanos. O país que acolhe, dessa forma, depara-se com o desafio de fazer confluir determinações internacionais com as especificidades de seu sistema de saúde e as necessidades dos que migram e solicitam refúgio, a fim de conferir efetividade aos direitos humanos desses indivíduos.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é responsável por reorganizar a atenção básica do país seguindo o SUS, cujos objetivos são: “ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade”. A ESF leva em consideração o grau de vulnerabilidade das famílias e, de maneira genérica, a grande maioria das famílias estrangeiras que se encontram no Brasil, estão no país em situação de alta vulnerabilidade, uma vez que se trata de situações de refúgio, em sua maioria ou, de busca por melhores condições sociais e econômicas. Sendo assim, este programa é de alta importância às famílias em situação de deslocamento.

No ano de 2005, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1.120, visando implementar o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras). Entre as atribuições e objetivos de referido sistema, incluem-se o expandir da atuação do Ministério da Saúde dentro das fronteiras, além de avaliar a situação nestes locais e implementar um sistema de cooperação em rede, visando contribuir, organizar e fortalecer os sistemas locais de saúde. O artigo 2º, incisos I ao III, da portaria ora analisada, institui a implementação de serviços nas redes de saúde dos municípios fronteiriços. Além disso, o artigo 3º elenca o caráter consultivo do programa e o artigo 4º, instituiu Comitê Permanente de Implementação e Acompanhamento de Ações do programa.

É fato notório que as cidades fronteiriças possuem dificuldades orçamentárias e escassa infraestrutura, a situação de abandono faz com que haja terreno fértil para o domínio de facções

criminosas, tendo em vista a ausência do Estado.

Houve a implementação do Programa de Desenvolvimento Social da Faixa de Fronteira – PDFF - que visa o desenvolvimento da estruturação física, social e produtiva na área fronteiriça. No ano de 2009, o orçamento foi totalizado em R\$ 337.766.462,00, este valor representava 2,6% do orçamento do Ministério da Integração Nacional (CARNEIRO FILHO e CAMARA, 2019, p. 8). Em decorrência deste, foi instaurada a Comissão de Saúde do Comitê das Fronteiras, responsável pela promoção da melhor estrutura e atendimento às pessoas residentes das cidades fronteiriças.

Este órgão, conforme o Ministério do Desenvolvimento Regional, é “de assessoramento superior destinado a propor medidas e coordenar ações que visem ao desenvolvimento de iniciativas necessárias à atuação do Governo federal na faixa de fronteira.”. A título de exemplo, vale mencionar que a cidade de Corumbá se reuniu com o Comitê de Saúde da Fronteira procurando oferecer melhores condições às pessoas de Corumbá, Puerto Quijarro, Puerto Suarez e El Carmen, na Bolívia. Isso seguindo os passos de Ponta Porá e Pedro Juan Caballero, no Paraguai.

Estando ligada ao Ministério de Integração Nacional, trata-se da mais importante ramificação que tem como objeto o aperfeiçoamento da gestão pública de políticas para a fronteira, entretanto, ambos os projetos – PDFF e Comissão – são pouco difundidos (CARNEIRO FILHO e CAMARA, 2019, p. 2). Uma das iniciativas foi a implementação dos Núcleos Estaduais de Fronteira, que

possuem como fim, também, levantar as demandas locais.

No ano de 2020 foi destinado à Operação Acolhida R\$ 630 milhões de reais para promover a inclusão de refugiados, os municípios que receberam imigrantes contabilizaram setenta e um milhões de reais e pela Portaria nº 468 se oficializou mais nove milhões para emergências no Acre, Roraima e em mais 17 municípios (Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2020)<sup>4</sup>.

Outra iniciativa observada nas fronteiras brasileiras e que se faz válido mencionar, é o Grupo de Trabalho (GT) Itaipu Saúde, cujo objetivo é “apoiar as ações de saúde e bem-estar na área de influência da Itaipu e na Região Trinacional entre Brasil, Paraguai e Argentina, em consonância com as respectivas políticas públicas do setor”. Trata-se de programa que reúne profissionais de saúde dos três países envolvidos, constituído em 2003, cujo propósito é contribuir com a prevenção e vigilância de saúde na região citada – para tanto, há formação e capacitação de recursos humanos, busca de integração e articulação dos serviços na região trinacional e consonância com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, a saber, o ODS 3, que se refere à saúde e bem-estar.

Além destes programas, que buscam solucionar as questões de acesso à saúde fronteiriças, há ainda a situação específica dos

---

4 Disponível em: Governo Federal investe mais de R\$ 630 milhões em 2020 na Operação Acolhida para promover a inclusão de refugiados — Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome ([www.gov.br](http://www.gov.br)).

portugueses equiparados, respaldados pelo artigo 12, §1º, da Constituição Federal. Historicamente, isso se deve ao Tratado de Paz e Aliança de 1825 e ao Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa, de 2000, que demonstra o laço e reciprocidade mútua entre os Estados em questão. O fato é que os nacionais portugueses devem ser reconhecidos pelo Estado brasileiro, com exceção de hipóteses privativas ao brasileiro nato, como o exercício do serviço militar e o cargo de Presidente da República.

Aos demais estrangeiros, a utilização do Sistema de Saúde – SUS – não depende da existência do cartão SUS, bastando a carteira de identidade, documento exigido para que não haja o repatriamento. Isso é devido ao caráter universal e gratuito do sistema, não podendo haver restrição de acesso pelo *status* de irregularidade.

Por fim, cabe lembrar que há ainda o Acordo de Residência para Nacionais dos Estados-Partes do Mercosul, Portaria Interministerial nº 19/2021, que tem como finalidade facilitar e desburocratizar a autorização para residir entre os países do bloco.

A legislação brasileira incorreu em grandes avanços no que tange à adequação interna aos tratados internacionais, em especial à Convenção Relativa ao Estatuto dos Refugiados e a Declaração de Cartagena sobre Refúgio.

O Brasil possui a Lei nº 9.974 de 1997 que diz respeito às pessoas em situação de refúgio e, consoante já mencionado, a Lei de Migração (Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017), que substituiu o

antigo Estatuto do Estrangeiro.

Antes da atual Lei de Migração, via-se no imigrante uma figura de perigo à segurança nacional, o que permitia maior espaço à xenofobia, que ainda remanesceu como herança histórica em algumas partes do país. A partir do ano de 2017, o migrante passou a ter seus direitos e obrigações expressas em um documento, sendo que este desburocratizou os procedimentos, facilitando-os, bem como envolveu meios alternativos de regularização, visando igualdade e não discriminação, o que atinge, diretamente, o direito à saúde.

Noutro norte estão as pessoas em situação de refúgio. Cita-se, a título de exemplo, os venezuelanos, que devido, principalmente, à perseguição por opinião política e grave e generalizada situação de violação aos direitos humanos, buscam refúgio no Estado brasileiro - sabendo-se que seu país, inclusive, denunciou à Carta da Organização dos Estados Americanos e à Convenção Americana sobre Direitos Humanos, bem como todos os demais tratados por elas abarcados em se tratando de um tratado guarda-chuva. Ou ainda, o povo haitiano, que devido a uma catástrofe ambiental, necessitou da acolhida humanitária do Brasil. Outro exemplo, são as pessoas apátridas.

Neste ponto, a Lei brasileira avançou também, porém implementou alguns requisitos para aplicabilidade do pedido de refúgio, sendo: (i) estar no território brasileiro; e (ii) apresentar-se à Delegacia da Polícia Federal – este tópico pode constituir-se em barreira, uma vez que a pessoa nesta situação, por vezes, possui medo



de apresentar-se a uma autoridade e ser retirada compulsoriamente. Por isso, a instauração de políticas públicas de acesso à informação – o que envolve esta informação estar em mais de uma língua, de preferência, além do português, em espanhol e inglês, assim como a necessidade de adequação da linguagem às pessoas com deficiência e crianças. Neste segundo caso, tornando a fala de mais fácil compreensão, talvez, por meio de ilustrações – é de extrema importância, além da facilitação e educação nos diversos setores, desde escolas a hospitais e comércio. Na mencionada etapa de busca à Polícia Federal, o estrangeiro irá preencher um documento e existe a obrigatoriedade estatal em fornecer um intérprete para auxiliá-lo. Este processo é gratuito e não precisa de advogado.

Com o deferimento de referido processo, passa-se a ter o direito de obter uma Carteira de Trabalho e o Cadastro de Pessoa Física, além de receber uma autorização de residência provisória até a final decisão. Durante o processo haverá a necessidade de expor os motivos pelos quais saiu do Estado de origem.

Há, pela ONU, o ACNUR, órgão este responsável pela verificação dos refugiados. No Brasil, quando há a solicitação do reconhecimento da situação de refúgio, o Estado comunica a Agência da ONU para Refugiados em busca de fazer uma checagem da história narrada pela pessoa e os fatos obtidos pela agência, faz-se isso na tentativa de evitar eventuais golpes de fuga internacional. Tendo sido reconhecido o refúgio, pode permanecer no país e vai receber o Registro Nacional de Estrangeiro. Em caso de indeferimento, caberá recurso ao Ministro da Justiça. Tendo sido feito, inclusive, acordos

entre o IBGE, OIM e ACNUR após o lançamento nacional da coleta do Censo 2022 quanto ao recenseamento de refugiados e imigrantes.

Dentro da situação de refugiado, há ainda, no Brasil o visto humanitário, oriundo da acolhida humanitária realizada pelo Estado brasileiro ao povo haitiano, sendo, basicamente, uma forma mais fácil de obtenção do reconhecimento da citada condição. Nesta hipótese, são concedidos os mesmos direitos dos residentes, ressaltando-se o Guia de Orientação em Direitos Humanos para Venezuelanos e Venezuelanas em contexto de Resposta Humanitária do Brasil, que elucida: “os adultos, crianças e adolescentes não brasileiros podem ser atendidos gratuitamente em hospitais públicos e postos de saúde, devendo ter acesso a consulta médica, vacinas e remédios disponibilizados pelo SUS”.

Já no que tange ao processo migratório é preciso do visto obtido em embaixada brasileira, devendo portar um documento de identidade válido e oficial. No contexto do imigrante com entrada e permanência irregular, este será notificado pessoalmente e terá sessenta dias para regularizar seu *status* ou será retirado do Brasil por medida compulsória. Estando regular, emite-se a Carteira de Registro Nacional Migratório. Cumpre observar que há ainda: visto temporário de residência; visto temporário para tratamento de saúde; pessoas de países que não são abarcados pelo acordo firmado no Mercosul, já citado acima; e, a situação peculiar de pessoas vítimas de tráfico e/ou exploração.

Com todos os apontamentos até aqui feitos, deve-se frisar o ponto de início abordado neste tópico: o direito à saúde é um direito de todos, independentemente de sua situação/*status* e é dever do Estado fornecê-lo. Inclusive, assim está previsto na lei brasileira nº 8.080/90 que prevê o acesso universal e igualitário, para acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

#### 4 CONCLUSÃO

A saúde e a mobilidade internacional pressupõem direitos que integram e compõem a dignidade da pessoa humana. O Direito Internacional dos Direitos Humanos tem promovido o respeito a esses direitos não apenas separadamente, desenvolvendo paulatinamente os contornos e conteúdo dos direitos referentes à saúde, à migração e ao refúgio, mas também tem fornecido aportes importantes para que esses direitos sejam observados conjuntamente.

Deste modo, o Sistema ONU estabelece que a saúde é direito inerente a toda pessoa e, portanto, impõe aos Estados deveres para garanti-lo, em condições de igualdade e não discriminação. Nesse sentido, a presente pesquisa evidenciou a importância da garantia do direito à saúde em contexto global, especialmente destacado pela repercussão da pandemia de Covid-19, bem como tratou da contribuição do Sistema Interamericano ao estabelecer uma interpretação progressista em relação ao artigo 26 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, em relação aos Direitos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais – DESCAs.

De forma mais delimitada, as especificidades do acesso à saúde de migrantes e refugiados, compreendidos a partir dos determinantes sociais atrelados à situação de mobilidade e do enfoque de direitos humanos, que considera a vulnerabilidade e as necessidades dos indivíduos aqui tratados, requerem ações mais direcionadas para que os serviços de saúde sejam viabilizados aos migrantes e refugiados efetivamente. Neste sentido, faz-se imprescindível a adoção dos princípios estabelecidos pela Resolução nº 04/19 da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, que podem ser considerados vetores axiológicos de implementação das políticas públicas destinadas aos migrantes e refugiados.

A atuação conjunta dos Estados de acolhida com os órgãos internacionais responsáveis pela área, como OIM e ACNUR, revela-se necessária. A articulação entre a identificação das principais dificuldades e demandas de saúde dos migrantes e refugiados, a partir de seu repertório cultural, linguístico, perfil epidemiológico e condições de deslocamento, com os serviços públicos de saúde dos Estados, inclusive com ampla divulgação das formas de acesso e capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento adequado desse público, são medidas desafiadoras, porém, imprescindíveis.

O Estado brasileiro tem avançado na legislação de migração e refúgio e possui um sistema público de saúde de acesso universal, com iniciativas importantes para o acolhimento de migrantes e refugiados que podem ser ampliadas – o acesso à saúde entre os Estados fronteiriços ao Estado brasileiro, a experiência do Mercosul e da Estratégia Saúde da Família são exemplos de ações nessa perspectiva. Não obstante, a educação em direitos humanos, o fomento

à solidariedade, o combate ao estigma do estrangeiro como ameaça, o treinamento de todos os funcionários responsáveis pela triagem e auxílio de pessoas em situação de mobilidade, inclusive na situação dos indocumentados, mostram-se como componentes basilares de todo processo de acolhimento dos migrantes e refugiados.

Em síntese, o direito humano e social à saúde deve alcançar migrantes e refugiados de forma ampla e sem discriminação. Os Estados devem garanti-lo de maneira positiva, por meio de ações adequadas de prevenção e recuperação de doenças, podendo interpretar-se referido direito como parte do conjunto de normas que devem ser aplicadas pelo princípio da igualdade, caracterizando-se como normas *jus cogens* e *erga omnes*. E, para tanto, os parâmetros internacionais são essenciais para que o direito à saúde seja garantido e integrado materialmente aos migrantes e refugiados no Estado brasileiro, uma vez que dispõe, justamente, sobre a aplicabilidade igualitária dos direitos humanos pelo Estado Parte da Convenção Americana sobre Direitos Humanos e institui meios e exemplos de aplicabilidades através de Resoluções e julgamentos, sendo um dever adotado pelo Brasil na ratificação do Tratado adequar suas políticas internas a prática dos direitos humanos.

Por fim, no que tange a questão orçamentária das cidades que compõe o Brasil e acolhem essas pessoas em situação de mobilidade urbana, em destaque aquelas situadas nas fronteiras, é válido ressaltar a necessidade da boa governança por parte do Estado brasileiro, visando uma redistribuição orçamentária. Desta forma, é preciso que haja uma boa gerência monetária e pública, uma vez que a mobilidade urbana é uma questão que precisa ser abordada, sen-

do uma situação em caráter de urgência e que necessita deste apoio financeiro de verbas, justamente por se tratar de cumprimento ao Direito Internacional dos Direitos Humanos e Humanitários.

## REFERÊNCIAS

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. **Manual de proteção aos apátridas**. Genebra, 2014. Disponível em: [https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Manual\\_de\\_prote%C3%A7%C3%A3o\\_aos\\_ap%C3%A1tridas.pdf](https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Manual_de_prote%C3%A7%C3%A3o_aos_ap%C3%A1tridas.pdf). Acesso em: 30 out. 2022.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS. **O Conceito de Pessoa Apátrida segundo o Direito Internacional**. Itália, 27-28 mai. 2010. Disponível em: [https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/O\\_Conceito\\_de\\_Pessoa\\_Apatrida\\_segundo\\_o\\_Direito\\_Internacional.pdf?view=1](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/O_Conceito_de_Pessoa_Apatrida_segundo_o_Direito_Internacional.pdf?view=1). Acesso em: 29 out. 2022.

BRASIL. **Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d0591.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm). Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 01 set. 2022.

BRASIL. **Convenção de Viena sobre o Direito dos Tratados**. Promulga a Convenção de Viena sobre o Direito dos Tratados,

concluída em 23 de maio de 1969, com reserva aos Artigos 25 e 66. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7030.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7030.htm). Acesso em: 26 jun. 2023.

**BRASIL. Governo Federal investe mais de R\$ 630 milhões em 2020 na Operação Acolhida para promover a inclusão de refugiados.** Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/desde-o-inicio-da-pandemia-governo-federal-ja-contribuiu-para-a-interiorizacao-de-mais-de-6-5-mil-venezuelanos-pe-la-operacao-acolhida>. Acesso em: 05 mar. 2022.

**BRASIL. IBGE firma acordos com ONU para recenseamento de imigrantes e refugiados.** Censo 2022. IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34532-ibge-firma-acordos-com-onu-para-recenseamento-de-imigrantes-e-refugiados>. Acesso em: 05 mar. 2022.

**BRASIL. Pacto de São José da Costa Rica.** Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica). Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d0678.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm). Acesso em: 26 jun. 2023.

CARNEIRO FILHO, Camilo Pereira; CAMARA, Lisa Belmiro. Políticas públicas na faixa de fronteira do Brasil: PDFE, CDIF e as políticas de segurança e defesa. **Revista Confins**, n. 4, p. 1-18, 2019. Disponível em: <https://journals.openedition.org/con->



fins/22262. Acesso em: 05 mar. 2022.

CARNEIRO JR., Nivaldo; SILVEIRA, Cássio. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-1835. nov-dez. 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600026>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LdBYvVjGpDnZwt9WJgzybhJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 set. 2022.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH). **Movilidad**

**humana, Estándares interamericanos**, 2016. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/MovilidadHumana.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2023.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. **Principios interamericanos sobre los derechos humanos de todas las personas migrantes, refugiadas, apátridas y las víctimas de da trata de personas**. Resolución 04/2019, aprobada por la Comisión el 7 de diciembre de 2019. Disponível em: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Principios%20DDHH%20migrantes%20-%20ES.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

COMMITTEE ON ECONOMIC, SOCIAL AND CULTURAL RIGHTS. **General Comment n. 14 (2000)**. The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). E/C.12/2000/4. 11 aug. 2000. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en#record-files-collapse-header>.

Acesso em: 15 nov. 2022.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 12. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. **Caso Almonacid Arellano y otros vs. Chile**. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de setembro de 2006a. Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_154\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_154_esp.pdf). Acesso em: 03 ago. 2022.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. **Caso de las Niñas Yean y Bosico vs. República Dominicana**. Demanda de Interpretación de la Sentencia de Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2006b. Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_156\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_156_esp.pdf). Acesso em: 03 ago. 2022.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. **Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile**. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_349\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf). Acesso em: 03 ago. 2022.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. **Caso Yatama vs. Nicaragua**. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de junio de 2005. Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_127\\_](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_127_)

esp.pdf. Acesso em: 03 ago. 2022.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS.  
**Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos No. 17:** Interacción entre el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario. San José: Corte IDH, 2021. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo17.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2022.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS;  
SECRETARIA NACIONAL DE JUSTIÇA; COMISSÃO DE ANISTIA. **Jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos.** Migração, refúgio e apátridas. Trad. Corte Interamericana de Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Justiça. 2014. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/por5.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2022.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS.  
**Opinión Consultiva OC-18/03.** Solicitada por los Estados Unidos Mexicanos. Condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados. 17 de septiembre de 2003. Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea\\_18\\_esp.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_18_esp.pdf). Acesso em: 03 ago. 2022.

GUZMÁN, Silvia Serrano. Reflexiones iniciales sobre la justicia-bilidad de los DESCA en la jurisprudência de la Corte IDH a la luz de las cinco sentencias emitidas em 2017 y 2018. *In:* BOGDANDY, Armin von; PIOVESAN, Flávia; ANTONIAZZI, Mariela

Morales (Coord.). **Constitucionalismo transformador, inclusão e direitos sociais**. Salvador: Juspodivm, 2019. p. 309-340.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM). **World Migration Report 2022**. 1 dec. 2021. Disponível em: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2022>. Acesso em: 31 ago. 2022.

ITAIPU BIONACIONAL. **GT – Itaipu Saúde**. Comunicados. Disponível em: <https://www.itaipu.gov.br/responsabilidade/saude-na-fronteira>. Acesso em: 01 set. 2022.

ITAIPU BIONACIONAL. **Saúde**. Comunicados. Disponível em: <https://www.itaipu.gov.br/responsabilidade/saude>. Acesso em: 01 set. 2022.

JUBILUT, Liliana Lyra. **O direito internacional dos refugiados e sua aplicação no orçamento jurídico brasileiro**. São Paulo: Método, 2007.

MARTIN, Denise; GOLDBERG, Alejandro; SILVEIRA, Cássio. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v.27. n.1. p.26-36, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/BTJsmc9wYXWmCKR-Bkp5LgPc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 nov. 2022.

MARTINS, Ana Carolina Tardin. **Protocolos clínicos, diretri-**

**zes terapêuticas e barreiras de acesso à saúde dos migrantes e refugiados no âmbito global:** uma revisão de escopo. Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva – Faculdade de Ciências da Saúde) (2020). Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/40150/1/2020\\_AnaCarolinaTardinMartins.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/40150/1/2020_AnaCarolinaTardinMartins.pdf). Acesso em: 03 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 01 set. 2022.

ONU MIGRAÇÃO. MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS. **Guia de orientación em derechos humanos para venezolanos y venezolanos en el contexto de la respuesta humanitaria de Brasil**. 2018. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/dezembro/mdh-divulga-2018guia-de-orientacao-em-direitos-humanos2018-voltado-aos-imigrantes-venezuelanos/Guia\\_v5.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/dezembro/mdh-divulga-2018guia-de-orientacao-em-direitos-humanos2018-voltado-aos-imigrantes-venezuelanos/Guia_v5.pdf). Acesso em: 01 set. 2022.

PIOVESAN, Flávia. **Comentários à Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. São Paulo: Grupo GEN, 2019. *E-book*.

PIOVESAN, Flávia. **Direito humanos e justiça internacional:** um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano. 9. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

PREFEITURA DE CORUMBÁ. **Comitê de Saúde da Fronteira é tratado com equipe de Ministério**. 5 mar. 2012. Disponível em:

<https://www.corumba.ms.gov.br/2012/03/comite-de-saude-da-fronteira-e-tratado-com-equipe-do-ministerio/>. Acesso em: 01 set. 2022.

RAMOS, André de Carvalho. **Curso de Direitos Humanos**. 8. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

RAMOS, André de Carvalho. **Processo internacional de direitos humanos**. 6. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019.

UNHCR (UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES). **Global Trends**. Forced Displacement in 2021. 16 jun. 2022. Disponível em: <https://www.unhcr.org/62a9d1494/global-trends-report-2021>. Acesso em: 31 ago. 2022.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; YUJRA, Veronica Quispe. **Saúde de migrantes e refugiados** – Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz, 2019.