



ACESSO AO DIREITO HUMANO À SAÚDE DE PESSOAS MIGRANTES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ANÁLISE DA NOTA TÉCNICA Nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS SOB A ÓTICA DO DIREITO FRATERNO ¹

Cláudia Marília França Lima Marques², Gabrielle Scola Dutra³, Janaína Machado Sturza⁴, Sandra Regina Martini⁵

¹ Pesquisa vinculada com o Projeto “saúde e gênero: limites e possibilidades da mediação sanitária enquanto mecanismo de efetivação do direito humano à saúde para mulheres migrantes no RS” (Edital FAPERGS ARD/ARC nº 08/2023).

² Mestranda em Direitos Humanos pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, Ijuí/RS, na Linha de Pesquisa I - Fundamentos e Concretização dos Direitos Humanos, com Bolsa Integral da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sob orientação da Professora Pós-Doutora Janaína Machado Sturza. Pós-graduada em Direito Penal pela Faculdade Dom Alberto, Santa Cruz do Sul/RS. Pós-graduada em Direito Civil também pela Faculdade Dom Alberto, Santa Cruz do Sul/RS. Graduada em Direito pela Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ), Cruz Alta/RS. Integrante do grupo de pesquisa “Biopolítica e Direitos Humanos”, cadastrado no CNPQ e vinculado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito, Mestrado e Doutorado da UNIJUÍ. Integrante do Projeto de Pesquisa “saúde e gênero: limites e possibilidades da mediação sanitária enquanto mecanismo de efetivação do direito humano à saúde para mulheres migrantes no RS” (Edital FAPERGS ARD/ARC nº 08/2023). E-mail: clauf11903@gmail.com.

³ Pós-Doutoranda em Direito pela UniRITTER com Bolsa CAPES. Doutora em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. Mestre em Direitos Especiais pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, campus Santo Ângelo. Especialista em Filosofia na Contemporaneidade pela URI. Professora Universitária dos Cursos de Graduação em Direito da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) e do Centro Universitário de Balsas/MA (UNIBALSAS). Membro do grupo de pesquisa: “Biopolítica e Direitos Humanos”, cadastrado no CNPQ e vinculado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direitos Humanos, Mestrado e Doutorado da UNIJUÍ. Pesquisadora Recém-Doutora FAPERGS (Edital FAPERGS nº 08/2023 ARD-ARC). E-mail: gabrielle.scola@unijui.edu.br.

⁴ Pós Doutora em Direito pela Unisinos e pela Tor Vergata - Itália. Doutora em Direito pela Universidade de Roma Tre/Itália. Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Especialista em Demandas Sociais e Políticas Públicas também pela UNISC. Professora na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, lecionando na graduação em Direito e no Programa de pós-graduação em Direito - mestrado e doutorado. Integrante da Rede Iberoamericana de Direito Sanitário. Integrante do grupo de pesquisa Biopolítica e Direitos Humanos (CNPq). Pesquisadora Gaúcha FAPERGS – PqG Edital Nº 05/2019. Pesquisadora Universal CNPq - Chamada CNPq/MCTI/FNDCT Nº 18/2021. E-mail: janasturza@hotmail.com.

⁵ Professora do PPGD-UFRGS e PPGD-UFMS. Professora do Programa Pós-Graduação em Direito pela UNILASALLE. Doutora em Evoluzione dei Sistemi Giuridici e Nuovi Diritti pela Università Degli Studi di Lecce. Pesquisadora de temáticas ligadas à saúde pública, políticas públicas, sociologia jurídica, sociedade e direitos humanos. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4080439371637715>. E-mail: smartini@terra.com.br.

RESUMO:

A temática da presente pesquisa centra-se no acesso à saúde da população migrante no Brasil. O objetivo geral é abordar o acesso ao direito humano à saúde de pessoas migrantes no contexto da atenção primária à saúde a partir de uma análise da Nota Técnica Nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS. Os objetivos específicos são: 1) Estudar a complexidade de efetivação do direito humano à saúde da população migrante no Brasil; 2) Analisar a Nota Técnica Nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS no que se refere às orientações e diretrizes de boas práticas para gestores e profissionais de saúde sobre o acesso



à saúde de pessoas migrantes no âmbito da Atenção Primária à Saúde. A base teórica escolhida para arquitetar a discussão é a Teoria do Direito Fraternal, desenvolvida pelo jurista italiano Eligio Resta. A metodologia centra-se no método hipotético-dedutivo, instruída por uma análise bibliográfica e documental. Diante da complexidade do “ser migrante” acessar o direito à saúde no Brasil na seara da atenção primária à saúde, questiona-se: é possível analisar a Nota Técnica Nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS sob a perspectiva do Direito Fraternal? Constata-se que a fraternidade detém potencialidade de ser incorporada e proporcionar humanização na dimensão das boas práticas para gestores e profissionais de saúde para desobstruir as vias de acesso à saúde dos migrantes em solo brasileiro.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Direito Fraternal. Direito Humano à Saúde. Migrantes. Nota Técnica Nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

ABSTRACT

The theme of this research focuses on access to healthcare for the migrant population in Brazil. The general objective is to address access to the human right to health of migrant people in the context of primary health care based on an analysis of Technical Note No. 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS. The specific objectives are: 1) Study the complexity of implementing the human right to health of the migrant population in Brazil; 2) Analyze Technical Note No. 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS with regard to guidelines and good practice guidelines for managers and health professionals on access to health for migrant people within the scope of Primary Care to Health. The theoretical basis chosen to organize the discussion is the Theory of Fraternal Law, developed by the Italian jurist Eligio Resta. The methodology focuses on the hypothetical-deductive method, guided by a bibliographic and documentary analysis. Given the complexity of “being a migrant” accessing the right to health in Brazil in the field of primary health care, the question arises: is it possible to analyze Technical Note No. 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS from the perspective of Fraternal Law? It appears that fraternity has the potential to be incorporated and provide humanization in the dimension of good practices for managers and health professionals to unblock access routes to health for migrants on Brazilian soil.

Keywords: Primary Health Care. Fraternal Law. Human Right to Health. Migrants. Technical note nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

INTRODUÇÃO

No diário existencial da humanidade, a história é contada a partir das manifestações do humano no palco civilizacional. As complexidades que norteiam o protagonismo do ser humano no percurso produzem multifacetadas repercussões no horizonte experiencial, especialmente, na esfera dos direitos humanos. Assim, o fenômeno migratório pincela uma aquarela interseccional na tela social, criando projetos de mobilidade humana empreendidos por seres humanos de todos os gêneros, raças, nacionalidades, classes, entre outras especificidades constitucionais. Eduardo Galeano já anunciava, poeticamente, a inauguração de percursos sacrificiais, protagonizados por animais, em busca da sobrevivência: “desde sempre borboletas, andorinhas e flamingos voam fugindo do frio, ano



após ano, e nadam as baleias em busca de outro mar e os salmões e as trutas à procura de seus rios. Eles viajam milhares de léguas, ao longo dos caminhos livres do ar e da água”.

Em contrapartida, o mundo dos humanos é desenhado por muros, cercas e trincheiras que delimitam os limites territoriais impostos pelo Estado-nação, sobretudo, Galeano lamenta que *“não são livres os caminhos do êxodo humano. Em imensas caravanas, marcham os fugitivos da vida impossível. Viajam do sul para o norte e do sol nascente para o oeste”.* Embarcações à deriva no mediterrâneo, pedaços decepados de gentes que se deslocavam para fugirem de conflitos bélicos, corpos boiando no mar afogam sonhos e desejos por segurança, percursos hostis produzem vítimas de estupros e outras tantas violências brutais, sobretudo, dinâmicas migratórias são paradoxais, ora convertem-se em acontecimentos bem sucedidos, ora retratam perdas humanas irreparáveis pela morte do “ser migrante”. Assim, processos de precariedade e vulnerabilidade atravessam os corpos dos migrantes e performatizam nas suas experiências errantes ao longo do percurso de mobilidade humana desde o país de origem, passando pelos países de trânsito e aportando no país de destino.

A trama histórica narra os contornos de um mundo que produz patologias sociais (exclusão, desigualdade, pobreza, violência, etc) e biológicas (doenças) sobre os corpos do “ser migrante”, fato que fabrica consequências traumática na dimensão do direito humano à saúde de tais indivíduos acometidos por tais processos patológicos. Nesse sentido, o direito humano à saúde está diretamente vinculado com a potência da vida. Do micro ao macro, sabe-se que a saúde é reconhecida como um bem comum da humanidade, que precisa ser acessada por todos, considerando suas demandas e necessidades. Um dos maiores desafios experimentados pela população migrante são as dificuldades no acesso às ações e serviços oferecidos pelos sistemas de saúde nos países de destino cumuladas com os déficits estruturais no que se refere à atuação estatal na articulação e implementação de políticas públicas de saúde que contemplem todas as complexidades existenciais do “ser migrante”. No âmbito brasileiro, o Brasil perfectibiliza-se como um país protagonista de destino para fluxos migratórios de todo o mundo, à medida que as transformações nos movimentos de mobilidade humana fizeram emergir uma tendência migratória percebida a partir do eixo Sul-Sul.

Logo, a temática da presente pesquisa centra-se no acesso à saúde da população migrante no Brasil. O objetivo geral é abordar o acesso ao direito humano à saúde de pessoas migrantes no contexto da atenção primária à saúde a partir de uma análise da Nota Técnica Nº



8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS. Tal Nota Técnica refere-se às orientações e diretrizes de boas práticas para gestores e profissionais de saúde sobre o acesso à saúde de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) em todos os territórios brasileiros. Primeiramente, a presente investigação estudará a complexidade de efetivação do direito humano à saúde da população migrante no Brasil. Por último, analisará a Nota Técnica Nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

A base teórica escolhida para arquitetar a discussão é a Teoria do Direito Fraternal, desenvolvida pelo jurista italiano Eligio Resta na década de 90 a partir de sua obra *Il Diritto Fraternal*. Resta retoma a potência da fraternidade proveniente do lema da Revolução Francesa (Liberdade, Igualdade e Fraternidade) em redimensionar as outras duas categorias revolucionárias. A dimensão anacrônica e paradoxal da fraternidade, permite observar sua operacionalização em uma sociedade problemática, mas também potencial transformadora. Parte-se da hipótese de que a fraternidade apresenta-se enquanto um mecanismo desvelador de paradoxos dos direitos humanos, e, no âmbito da presente pesquisa, do direito humano à saúde, no sentido de que detém potencialidade de ser incorporada na lógica das políticas públicas de saúde brasileiras em prol da promoção da humanização na dimensão das boas práticas para gestores e profissionais de saúde para desobstruir as vias de acesso à saúde dos migrantes em solo brasileiro. Diante da complexidade do “ser migrante” acessar o direito à saúde no Brasil na seara da atenção primária à saúde, questiona-se: é possível analisar a Nota Técnica Nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS, sob a perspectiva do Direito Fraternal? O trabalho vincula-se com o Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) nº 3 - Saúde e Bem-Estar.

METODOLOGIA

A metodologia do estudo centra-se na aplicação do método hipotético-dedutivo, instruída por uma análise bibliográfica e documental para a consecução dos limites e possibilidades de desvelar a temática proposta.

I- O DIREITO HUMANO À SAÚDE DA POPULAÇÃO MIGRANTE NO BRASIL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende a saúde como um dos direitos humanos fundamentais de todo ser humano. Acerca do conceito, a OMS estabeleceu que



saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade (OMS). Diante disso, a saúde se revela como uma busca constante pelo equilíbrio entre influências ambientais, estilos de vida e vários outros componentes. Nessa perspectiva, a OMS desempenhou um papel visionário ao expandir o conceito de saúde, historicamente associado à cura, para abranger principalmente a promoção da saúde. Essa ampliação de perspectiva foi um avanço significativo para a época em que ocorreu (Sturza; Martini, 2019).

Diante disso, a saúde foi reconhecida como um direito humano fundamental no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em 1948, a qual estabeleceu que todo ser humano tem direito a um padrão de vida adequado que assegure a si e à sua família saúde, bem-estar, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais necessários (DUDH, 1948). Na mesma linha, em 1966, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, um tratado multilateral que entrou em vigor em 1976. Especificamente em relação à saúde, o pacto estabelece em seu artigo 12, §1º, que “os Estados Partes reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar do mais elevado nível possível de saúde física e mental” (Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1966).

No âmbito brasileiro, a Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, estabelece o caráter social do direito humano fundamental à saúde. Em seu artigo 6º define “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Brasil, 1998). A vista disso, o campo dos direitos humanos considera a saúde um direito universal, independentemente da situação migratória, seja regular ou irregular. Segundo essa perspectiva, os Estados têm a responsabilidade de promover os direitos dos migrantes, incluindo o direito à saúde, sem discriminação. Limitar os direitos dos migrantes aumenta sua vulnerabilidade e cria ou amplia iniquidades relacionadas à saúde.

Em contraste, reconhecer esses direitos facilita a integração, previne custos sociais e sanitários a longo prazo, e contribui para o desenvolvimento econômico e social do país anfitrião. Essa visão considera que a saúde de um indivíduo está diretamente relacionada com o grau de realização de seus direitos. Ou seja, ter acesso à saúde em condições adequadas



pode melhorar o nível de acesso de outros direitos (Ventura; Yujra, 2019). Todavia, os Estados enxergam o sujeito migrante como um não nacional, fato que pode resultar em violações de direitos e exclusão. Essas construções sociais e estruturais atribuem ao sujeito migrante uma posição frequentemente subalterna, exigindo que ele constantemente se exponha e se explique, o que o deixa vulnerável. Ao analisar a relação com a saúde, é fundamental entendê-la como resultado e parte das condições de existência, onde a situação saúde-doença reflete a inserção do indivíduo na sociedade (OIM, 2022). Nesse cenário, “a escalada da violência se inicia pela classificação e hierarquização das diferenças, momento em que a imensa variabilidade humana é forçosamente resumida a dois pares de opostos: eu/nós versus outro/eles” (Karnal; Fernandes, p. 214, 2023).

Sobre isso, Mignolo (2005, p. 50) pontua que “os movimentos migratórios e as políticas públicas dos países que se vêem invadidos por habitantes de outras civilizações”. Assim, há uma crescente de “estranhos à nossa porta”, que causam ansiedade por serem diferentes (Bauman, 2019). Nessa perspectiva, Zygmunt Bauman explica:

Refugiados da bestialidade das guerras, dos despotismos e da brutalidade de uma existência vazia e sem perspectivas têm batido à porta de outras pessoas desde o início dos tempos modernos. Para quem está por trás dessas portas, eles sempre foram – como o são agora – estranhos. Estranhos tendem a causar ansiedade por serem “diferentes” – e, assim, assustadoramente imprevisíveis, ao contrário das pessoas com as quais interagimos todos os dias e das quais acreditamos saber o que esperar. Pelo que conhecemos, o influxo maciço de estranhos pode ser o responsável pela destruição das coisas que apreciamos, e sua intenção é desfigurar ou abolir nosso modo de vida confortavelmente convencional (Bauman, 2017, p. 5).

Hannah Arendt (2012), na mesma lógica, denuncia que os migrantes são vistos como “incomuns”, pois atacam a igualdade construída pelos países. No ponto, a autora elucida que a vida política é baseada na suposição de que é possível produzir igualdade por meio da organização, pois o homem pode mudar e construir o mundo juntamente com seus iguais, de modo que a diferença é a lembrança da limitação humana. Dessa forma, as comunidades insistem na homogeneidade ética e buscam eliminar as diferenciações, conforme destaca a autora:

Nossa vida política baseia-se na suposição de que podemos produzir igualdade através da organização, porque o homem pode agir sobre o mundo comum e mudá-lo e construí-lo juntamente com os seus iguais, e somente com os seus iguais. O cenário obscuro do que é simplesmente dado, o pano de fundo constituído por nossa natureza imutável, adentra a cena política como elemento alheio que, em sua diferença demasiado óbvia, nos lembra as limitações da atividade humana — que



são exatamente as mesmas limitações da igualdade humana. A razão pela qual comunidades políticas altamente desenvolvidas, como as antigas cidades-Estados ou os modernos Estados-nações, tão freqüentemente insistem na homogeneidade étnica é que esperam eliminar, tanto quanto possível, essas distinções e diferenciações naturais e onipresentes que, por si mesmas, despertam silencioso ódio, desconfiança e discriminação, porque mostram com impertinente clareza aquelas esferas onde o homem não pode atuar e mudar à vontade, isto é, os limites do artifício humano (Arendt, 2012, p. 335).

Nesse cenário, em uma pesquisa realizada com venezuelanos em Roraima, Arruda-Barbosa, Sales e Souza (2020) constataram que a alta vulnerabilidade social de grande parte dos migrantes em Roraima resulta na fragilidade das condições de saúde, desviando o processo saúde-doença em direção à doença. A exclusão social e a vida nas ruas, a má nutrição e o acesso limitado ao sistema sanitário, criam um cenário propício ao surgimento de problemas relacionados à saúde. Estudos indicam que as populações migrantes apresentam um maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, taxas mais elevadas de diabetes e maior propensão a doenças mentais, incluindo depressão, esquizofrenia e estresse (Almeida; Caldas, 2012). Um contingente significativo de estudos aponta entraves na oferta de cuidados de saúde de qualidade, com destaque para situações relativas a discriminação, intolerância cultural nas instituições, dificuldade em se estabelecer comunicação e relação adequadas devido à diversidade cultural e linguística (Miyashiro, 2018).

Além disso, os desafios enfrentados pelos migrantes no âmbito da saúde também tem relação com o exercício laboral. Nesse sentido, os migrantes enfrentam maiores riscos e são mais suscetíveis a acidentes de trabalho, fatalidades e hospitalizações devido às condições precárias de segurança e higiene no local de trabalho. Isso resulta em um maior número de casos de invalidez parcial ou total e doenças ocupacionais. Além de realizarem os trabalhos mais perigosos, com maior incidência de incidentes, os migrantes frequentemente sofrem violações de seus direitos trabalhistas por parte de empregadores (Padilla, 2013).

Acerca dos entraves para o acesso à saúde, Arruda-Barbosa, Sales e Souza (2020) observam que o idioma é uma das maiores barreiras culturais na prestação de assistência médica. Isso ocorre porque a linguagem é um dos principais meios para estabelecer praticidade, vínculo e compreensão das orientações terapêuticas pelo usuário. A incapacidade de se comunicar de forma adequada em português gera sentimentos de desconfiança, dependência dos familiares, sofrimento e arrependimento entre os migrantes. Isso pode agravar ainda mais sua vulnerabilidade no processo de saúde-doença. Nessa mesma toada,



Chubaci e Merighi (2002) realizaram um estudo sobre a comunicação no processo de hospitalização de migrantes japoneses e concluíram que, além do idioma ser uma barreira para a compreensão da doença e do tratamento, também é um obstáculo para a comunicação com a equipe médica.

Dessa forma, a comunicação verbal se torna essencial para estabelecer um bom relacionamento entre as partes e criar confiança para o migrante. Além disso, as diferenças culturais são apontadas como uma barreira para o acesso à saúde. Isso porque as populações em deslocamento internacional apresentam características e contextos distintos em relação às populações nacionais. Por isso, requerem um atendimento acolhedor que os considere de forma multidimensional, incorporando suas culturas como parte integrante desse processo (OIM, 2022). Ventura e Yujra (2019), nesse sentido, apontam que é complexo abordar todas as diferenças entre os conceitos e práticas brasileiras e das comunidades de migrantes e refugiados.

Nesse contexto, o Brasil enfrenta desafios estruturais em seus sistemas de gestão e lida com diversas questões sociais negativas, como desigualdade, miséria, exclusão e pobreza. Essas problemáticas são agravadas durante períodos de crises e impedem a efetivação do direito fundamental à saúde, especialmente para os grupos mais vulneráveis, incluindo a população migrante, que sofre com processos patológicos degradantes (Sturza; Dutra; Martini, 2023). Em que pese seja obrigação do Estado garantir a saúde, nota-se que há um déficit muito grande na elaboração e execução de políticas públicas voltadas à saúde, fato que dificulta o acesso aos imigrantes.

Portanto, o direito humano à saúde no Brasil é paradoxal. Isso porque há um (não) acesso ao direito por parte dos migrantes. Esse contrassenso existe, pois a legislação brasileira estabelece o direito humano à saúde para todos, sem discriminação quanto a nacionalidade. Todavia, os migrantes enfrentam inúmeras barreiras para acessar os serviços de saúde, havendo uma obstaculização da saúde para essa população. Em razão disso, o Ministério da Saúde lançou a Nota Técnica nº 08/2024, a qual tem o escopo de orientar os gestores e os profissionais do SUS no que tange ao atendimento dos migrantes. Assim, emerge a necessidade de analisar a Nota Técnica nº 8/2024 sob a perspectiva da Teoria do Direito Fraternal.



II- O ACESSO AO DIREITO HUMANO À SAÚDE DE PESSOAS MIGRANTES NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PELA FRATERNIDADE

Pode-se referir que “os fluxos migratórios contemporâneos têm sido mais numerosos, rápidos, diversificados e complexos do que no passado, atingindo todos os continentes, classes sociais, gêneros, etnias/raças, gerações” (Ventura, 2018, p. 01). Não obstante, reflexões sobre a intersecção entre saúde e migrações devem tangenciar o horizonte civilizacional e atentar “à complexidade dos determinantes de saúde dos migrantes, à heterogeneidade destas populações e à falta de dados nacionais e internacionais consistentes sobre estas questões” (Dias; Gonçalves, 2007, p. 16). No contexto brasileiro, o campo da saúde é um *locus* fértil para a observação de como o Estado reconhece e articula políticas públicas de saúde para promover acesso aos serviços e ações de saúde para a população migrante no Brasil.

Nessa perspectiva, o fenômeno migratório no contexto brasileiro instaura inúmeros desafios provenientes de déficits estruturais no sistema de saúde brasileiro que provoca a obstaculização do acesso à saúde por parte do “ser migrante”. Entre limites e possibilidades de acesso à saúde, bem como com o intuito de melhor atender os migrantes, o Ministério da Saúde (Brasil, 2024), em março de 2024, lançou a Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS, com o objetivo de orientar gestores e profissionais da rede a oferecer o cuidado integral mais adequado, no campo da saúde, a esse público de usuários migrantes.

A nota técnica é direcionada, especialmente, para a atenção primária, que é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e a articuladora de toda a rede de saúde no país. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), um sistema de saúde articulado por intermédio da atenção primária à saúde pauta sua organização estrutural e funcional nos “valores de equidade e solidariedade social, e ao direito de todo ser humano de gozar do mais alto nível de saúde que pode ser alcançado sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social” (OPAS, 2024). Nessa perspectiva, existem pressupostos essenciais para a manutenção de um sistema dessa dimensão baseado nos princípios da “capacidade de responder de forma equitativa e eficiente às necessidades de saúde dos cidadãos” (OPAS, 2024).



Além disso, também pode-se citar “a capacidade de monitorar o progresso para melhoria contínua e renovação; a responsabilidade e obrigação dos governos de prestar contas; a sustentabilidade; a participação; orientação para os mais altos padrões de qualidade e segurança; e a implementação de intervenções intersetoriais” (OPAS, 2024). Ademais, a atenção primária à saúde tem sua funcionalidade com o objetivo de cuidado das pessoas, “em vez de apenas tratar doenças ou condições específicas. Esse setor, que oferta atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, pode atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de um indivíduo ao longo de sua vida” (OPAS, 2024). Nessa funcionalidade, está incluída uma dimensão de serviços que abrangem desde a promoção da saúde e prevenção até um sistema de “controle de doenças crônicas e cuidados paliativos. Será impossível alcançar a saúde para todas e todos sem agir sobre os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comerciais da saúde, que geralmente estão além do setor da saúde” (OPAS, 2024).

Em contrapartida, a Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS traz uma informação preocupante. Em que pese toda a organização estrutural do SUS, dados demonstram que 20% dos municípios não apresentaram cadastro de população migrante junto às APS:

Os dados do Sisab apresentam um total de 512.517 de pessoas migrantes cadastradas nas equipes que atuam na APS, sendo 49,5% do sexo feminino e 50,5% do sexo masculino, no período de 2013 a 2023. Os cadastros se referem às pessoas registradas no sistema como “estrangeiro” (90,95%, n= 466.154) e “naturalizado” (9,05%, n= 46.363). No que concerne aos cadastros de pessoas estrangeiras no Sisab (n= 466.154), observa-se que estas estão distribuídas em 4.453 municípios. Em outras palavras, cerca de 20% (n= 1.117) dos municípios brasileiros (n total= 5.570) não apresentaram cadastros de população migrante nos serviços da APS (Brasil, 2024, p. 3).

Além disso, é interessante observar que tal Nota Técnica apontou a distribuição desses cadastros por Grande Região e Unidade Federativa (UF), destacando a predominância de cadastros no Mato Grosso do Sul (43,99%), na Região Centro-Oeste; na Bahia (28,39%), na Região Nordeste; em Roraima (52,38%), na Região Norte; em São Paulo (64,27%), na Região Sudeste; e em Santa Catarina (50,67%), na Região Sul. Ao observar a distribuição desses cadastros em uma série histórica de 11 anos, de 2013 a 2023, verificou-se uma tendência de aumento no total de pessoas migrantes, com destaque para o maior incremento percentual (88%, n = 69.952) em 2020 em relação a 2019 (Brasil, 2024). Ou seja, constata-se que existem migrantes em todas as regiões do Brasil.



A partir da constatação dos migrantes por região, a Nota Técnica observou que a presença dos migrantes apresenta desafios específicos aos serviços de saúde, pois essa população possui diversas necessidades e identidades culturais e sociais, fato que implica em diferentes padrões epidemiológicos e de morbidade, além de relações distintas no que se refere aos cuidados e ações de promoção da saúde. Dessa forma, a nota aponta que a APS deve se organizar para atender às necessidades de saúde dessas populações, focando na integralidade e na equidade do cuidado ofertado, buscando formas eficazes de acesso e comunicação com essas pessoas nos territórios (Brasil, 2024). Nesse sentido, as complexidades interseccionais (gênero, raça, classe, nacionalidade, deficiência, entre outras) que norteiam a existência do “ser migrante” devem ser reconhecidas e consideradas no momento da articulação de políticas públicas de saúde e também no momento do atendimento de tal sujeito, tendo em vista que o SUS foi estruturado para escutar o usuário e entender a realidade social que ele está incluído (ou excluído).

Portanto, a saúde dos migrantes perfectibiliza-se como “um aspecto central para a sua inserção e integração à sociedade. Exige compreender o processo saúde, doença e cuidado desses grupos, e refletir sobre as respectivas responsabilidades dos Estados” (Ventura, 2018, p. 01). Outro fator de impacto diz respeito ao valor ético da saúde frente às “deficiências e insuficiências das leis e políticas migratórias que denunciam violações aos direitos humanos” (Ventura, 2018, p. 02). Assim, no tópico 6, a Nota Técnica apontou diretrizes gerais para o atendimento dos migrantes:

- 6.1. Registrar e assistir, 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.
- 6.2. Garantir a assistência à saúde sem exigência de tradutores, profissionais ou familiares, como condição para a oferta do cuidado. Recomenda-se que o serviço de saúde faça contato com as redes locais para a oferta de mediação cultural, resguardada a confidencialidade e as possíveis questões de gênero e respeito à interculturalidade no atendimento.
- 6.3. Cadastrar com preenchimento completo as informações sobre a pessoa migrante, refugiada ou apátrida, nos Sistemas de Informação de Saúde do SUS e outros instrumentos de registro, que realizem o monitoramento e visibilidade dessas populações.
- 6.4. Acolher, atender e orientar, promovendo uma escuta culturalmente sensível a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, sem quaisquer tipos de discriminações e preconceitos de gênero, cor, raça, religião, nacionalidade, etnia, situação migratória, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, entre outras.
- 6.5. Atentar 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.
- 6.6. Reiterar o direito ao acesso à saúde no SUS e ao cuidado na APS para populações migrantes indígenas, a



exemplo dos povos provenientes de fluxos de migrações internacionais como os Warao, Eñepa e Taurepang, da Venezuela, assim como de outros países (Brasil, 2024, p. 6).

Diante da complexidade do “ser migrante” acessar o direito à saúde no Brasil na seara da atenção primária à saúde, constata-se que torna-se necessário analisar a Nota Técnica Nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS, sob a perspectiva do Direito Fraternal. Ademais, “a pessoa migrante, independentemente de sua situação migratória, possui os mesmos direitos de assistência de qualquer brasileiro nos serviços públicos de saúde” (Brasil, 2024). As múltiplas obstaculizações de acesso da população migrante aos serviços de saúde “se dão por questões linguísticas, dificuldades de comunicação, medo de discriminação, desconhecimento sobre o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil, dentre outras” (Brasil, 2024). Para isso, a nota técnica apontou recomendações gerais para nortear a articulação de gestores no campo da saúde em prol do “ser migrante” e da efetivação do direito humano à saúde.

Nessa senda, tais recomendações gerais para gestores são estruturadas em 9 pontos específicos, quais sejam:

1. Avaliar, conforme necessidade local, a instituição de coordenações municipais e estaduais intersetoriais para articulação do acesso aos diferentes serviços e recursos para as populações migrantes, refugiadas e apátridas, respeitando a autonomia dos sujeitos, com atenção às sugestões das pessoas migrantes atendidas, estimulando a participação desta população nessas articulações.
2. Promover atividades de educação permanente e continuada para as equipes de saúde que atuam na APS, para a constante sensibilidade cultural às especificidades da população migrante, refugiada e apátrida, reforçando atendimentos humanizados, antirracistas e antixenófobos por todos profissionais de saúde.
3. Estimular o trabalho em rede, de maneira intersetorial, promovendo o diálogo constante entre assistência social, saúde, organizações intergovernamentais, organizações da sociedade civil, comitês e conselhos de direitos, academia, movimentos sociais, mediadores interculturais, apoiadores comunitários, entre outros.
4. Estruturar diretrizes de acesso à saúde das pessoas migrantes, refugiadas e apátridas nos Planos Municipais e Estaduais de Saúde.
5. Identificar no território, município, estado ou região, dispositivos que possam auxiliar no atendimento às populações migrantes, refugiadas e apátridas, como cooperativas, associações de moradores, lideranças comunitárias migrantes, dispositivos da assistência e trabalho, escolas, entre outros.
6. Disponibilizar para as equipes de saúde recursos multilíngues nos materiais de orientação sobre o funcionamento dos serviços da APS, dos serviços disponíveis no SUS, materiais de apoio impressos ou eletrônicos que facilitem a comunicação nos atendimentos, nos idiomas predominantes das populações migrantes da região.
7. Estimular o uso de aplicativos multilíngues e de tradução pelos profissionais da RAS, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), fundamentais para o elo do serviço com o território, considerando a limitação dessas ferramentas, que facilitam a comunicação, mas não traduzem aspectos culturais, sendo sempre recomendável a criação de estratégias locais para a oferta de serviços de mediação cultural nos dispositivos da saúde.
8. Ofertar qualificação para todas e todos os trabalhadores da saúde em diferentes línguas, podendo ser realizadas parcerias com escolas e universidades



locais e regionais. 9. Estimular o uso da estratégia gratuita e-SUS APS, versão atualizada disponível em <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>, versão educativa disponível em <https://educaesusaps.medicina.ufmg.br/>, para reestruturar as informações da APS em nível nacional, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento a todas as populações (Brasil, 2024).

Nesse enredo, apresenta-se a fraternidade enquanto um mecanismo de efetivação do direito humano à saúde que pode ser incorporado tanto no plano formal jurídico da NOTA TÉCNICA Nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS, quanto na concretização dela no mundo real em prol da população migrante. A fraternidade estabelece um ponto de intersecção heurístico entre a saúde e o fenômeno migratório, no sentido de que a Teoria do Direito Fraternal “propõe observar o reconhecimento do “outro” e do “eu” como forma de integrar as diferenças, visando não eliminá-las, mas fazer com que as diferenças se apresentem como ponto de encontro entre realidades, culturas e povos” (Simões; Martini, 2018, p. 36). O jurista italiano Eligio Resta articula a Teoria do Direito Fraternal a partir do resgate da fraternidade da Revolução Francesa, no sentido de que por muito tempo se discutiu as outras duas categorias revolucionárias (Liberdade e Igualdade), no entanto, a fraternidade restou esquecida perante sua tríade. Como refere Resta: “a prima pobre” (Resta, 2020).

Logo, a fraternidade deve ser “tecida” na sociedade por intermédio de uma comunhão de esforços, enquanto projeto civilizatório. Por isso, imprescindível é fazê-la regra enquanto um projeto conjurado por pactos “jurados em conjunto” para e pela humanidade como lugar comum (Resta, 2020). E o campo da saúde é um ótimo “laboratório experimental” para vislumbrar a operacionalização heurística da fraternidade e sua possibilidade de incorporação tanto nas políticas públicas de saúde quanto no horizonte de sentido dos profissionais de saúde em prol de ações e serviços de saúde pública, bem como no atendimento humanizado ao “ser migrante”. Logo, a fraternidade ingressa na trama histórica para dar concretude ao arsenal daquelas promessas revolucionárias irresolvidas que se apresentaram no passado.

A dimensão da fraternidade cruza a esfera da vida e revela que é uma potência desveladora dos paradoxos existentes na esfera dos direitos humanos, tendo em vista que “é trabalhando sobre a “desmedida” da fraternidade que emergem em toda sua evidência os aspectos compartilhados da vida, mas também, impreterivelmente, os seus paradoxos” (Resta, 2008). Para além disso, a fraternidade precisa ser implementada nas relações sociais entre os migrantes e a população autóctone, igualmente na lógica do Estado-nação para que seja



convertida em práticas governamentais de efetivação dos direitos humanos, nesse contexto, do direito à saúde. Em síntese, o Direito Fraternal aponta para a necessidade de transcender as fronteiras de um direito enclausurado nos confins estatais para coincidir “com o espaço de reflexão ligado ao tema dos Direitos Humanos, com uma consciência a mais: a de que a humanidade é, simplesmente, um lugar “comum”, e somente em seu interior pode-se pensar em reconhecimento e tutela” (Resta, 2020, p. 13).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A música “La pachanga”, da banda “Francisco el hombre”, é um convite para celebrarmos as diferenças culturais na América Latina. O narrador propõe vivenciar e experimentar diferentes culturas musicais. Nesse sentido, brada com alegria: “*Me voy a aprender con la cumbia villera; Bailar cueca brava en la cordillera; Que los mariachis dediquen rancheras a ti; Mostrarle el axé a un gringo viajando; Tomando un buen vino entre pasos de tango; Y el rock argentino que nunca se va a callar*”. Assim, se propõe a celebrar a diversidade ao experienciar a cueca brava chilena, o axé brasileiro e o rock argentino. Percebe-se que a música consegue vivenciar e celebrar a diferença com intensa alegria. Assim, a presente pesquisa, de igual forma, buscou abordar o fenômeno migratório e o direito humano à saúde do migrante a partir de lentes fraternas.

Perante esse contexto, dessemelhantemente a música “La Pachanga”, os migrantes não são vistos e celebrados com alegria. Pelo contrário, são categorizados como “diferentes” e “estranhos”, sobretudo, *outsiders*. São constantemente posicionados na subalternidade. No campo sanitário, são vistos como “meros corpos” desprovidos de carga valorativa. No contexto do direito humano à saúde aliado ao fenômeno migratório em dinâmica no Brasil, a fraternidade é uma proposta de transformação do mundo real, é uma tentativa de fundar comunicações fraternas a partir da implementação de políticas públicas de saúde que sejam adequadas às problemáticas que pretendem enfrentar para que seja possível a produção de reconhecimento, responsabilidade e inclusão social da população migrante em solo brasileiro. Assim, a NOTA TÉCNICA Nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS é um exemplo formal de que a fraternidade detém potencialidade de ser incorporada tanto no campo formal jurídico quanto no plano concreto de proporcionar humanização na dimensão das boas



práticas para gestores e profissionais de saúde para desobstruir as vias de acesso à saúde dos migrantes em solo brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Ligia; CALDAS, José. **Ser imigrante, ser mulher, ser mãe: diáspora e integração da mulher são-tomense em Portugal**. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/3888/1/Almeida_Caldas_STP_287_302.pdf.

ARENDT, Hannah. **Origens do totalitarismo: antisemitismo, imperialismo, totalitarismo**. Trad. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 2012

ARRUDA-BARBOSA, Loeste de; SALES, Alberone Ferreira Gondim; SOUZA, Iara Leão Luna de. **Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 1-11, 2020.

BAUMAN, Zygmunt. **Estranhos à nossa porta**. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

BRASIL. **Constituição Da República Federativa Do Brasil**. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-8-2024-caeq.pdf>.

CHUBACI, Rosa Yuka Sato; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. **A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 805-812, dez. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/pw3QvtWsM5CynXFtrqXTYBH/abstract/?lang=pt>.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (DUDH). In: UNICEF 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.

DIAS, Sónia. GONÇALVES, Aldina. Migração e Saúde. In: **Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde**, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 15-26. Disponível em: https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc_apoio/migracoes_e_saude.pdf. Acesso em: 25 jul. 2024.

KARNAL, Leandro; FERNANDES, Luiz Estevam de Oliveira. **Preconceito: Uma história**. São Paulo: Companhia das Letras, 2023.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). **Estratégias para atenção integral à saúde de migrantes internacionais no Brasil**. 2022. Disponível em:



https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/Estrategias-para-atencao-integral-a-saude-de-migrantes-internacionais-no-brasil_0.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Conceito de Saúde**. 1948. Disponível em: <http://www.who.int/pt>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Atenção Primária à Saúde**. 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude#:~:text=Na%20sua%20ess%20%C3%A2ncia%2C%20a%20aten%C3%A7%C3%A3o,ao%20longo%20de%20sua%20vida>. Acesso em: 25 jul. 2024.

PACTO INTERNACIONAL DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Adotada pela Resolução n.2.200-A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992**. 1966. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf>.

PADILLA, Beatriz. **Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal**. In: Revista Internacional de Mobilidade Humana. Brasília, Ano XXI, n. 40, p. 49-68, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/remhu/v21n40/04.pdf>.

RESTA, Eligio. **Diritto Vivente**. Roma: Laterza & Figli Spa, 2008.

RESTA, Eligio. **O direito fraterno [recurso eletrônico]**. 2ª Edição. Tradução de: Bernardo Baccon Gehlen, Fabiana Marion Spengler e Sandra Regina Martini. Santa Cruz do Sul: Essere nel Mondo, 2020.

SIMÕES, Bárbara Bruna de Oliveira; MARTINI, Sandra Regina. Perspectivas da fraternidade na nova lei de migrações brasileira (Lei nº 13.445/2017). In: **Revista Chilena De Derecho Y Ciencia Política Diciembre 2018** • E-ISSN 0719-2150 • VOL. 9 • Nº 2. PÁGS 34-65
RECIBIDO 25/09/2018 - APROBADO 30/10/2018.

STURZA, Janaina Machado; DUTRA, Gabrielle Scola; MARTINI, Sandra Regina. **Direito à saúde e migração: uma aposta na fraternidade**. Blumenau: Editora Dom Modesto, 2023.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; YUJRA, Veronica Quispe. **Saúde de Migrantes e Refugiados**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. VENTURA, Miriam. Imigração, saúde global e direitos humanos. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 34, n. 4, p. 1-3, 29 mar. 2018

VENTURA, Miriam. Imigração, saúde global e direitos humanos. In: **Cadernos de Saúde Pública**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n4/1678-4464-csp-34-04-e00054118.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2024.