

**PLENÁRIA ESTADUAL DE ORGANIZAÇÃO DE PRÉ-CONFERÊNCIA DA SAÚDE
– ENCONTROS REGIONAIS EM DEFESA DO SUS**

**TEMA: SUS – DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO: O DIREITO À SAÚDE
DOS IMIGRANTES**

Coordenação Científica do Relatório:

Profa. Claudia Loureiro – Universidade Federal de Uberlândia

Participaram da elaboração do relatório:

Cauã Souza Silva
Daniel Urias
Izabella Vieira Nunes
Luis Delcides
Marcela Martins Nogueira
Pedro Lucchetti
Teresa Santoro
Vania Soares

SUMÁRIO: Introdução. 1. Agenda 2030 e o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3. 2. O direito humano à saúde e o desenvolvimento sustentável. 3. O direito à saúde dos imigrantes indocumentados no Brasil. 3.1. A Lei de Migração nº 13.445/2017 e os imigrantes indocumentados. 3.2. Breves ponderações sobre os princípios da universalidade de acesso ao SUS e da reserva do possível. 3.2.1. O princípio da universalidade da saúde no SUS. 3.2.2. Mínimo existencial, princípio do não retrocesso e reserva do possível. 4. SUS – Aportes suscitados na Conferência Preparatória realizada na Universidade Federal de Uberlândia. Conclusões. Referências.

RESUMO

O relatório tem o objetivo de fornecer aportes para as discussões que serão travadas na Conferência Livre, Democrática e Popular da Saúde de 2022. O documento foi produzido pelo Grupo Biodireito, Bioética e Direitos Humanos da Universidade Federal de Uberlândia e pelo Observatório Interamericano e Europeu dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável /UFU, ambos coordenados pela Profa. Claudia Loureiro, docente da instituição, com a participação dos Pesquisadores do Grupo. Para a elaboração do relatório, foi realizada a Conferência Preparatória, com a participação do membro da Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais. O tema da Conferência Preparatória foi: SUS – Direito de todos e dever do Estado: o direito à saúde dos imigrantes. O objetivo do relatório é estabelecer parâmetros para a discussão do direito à saúde dos imigrantes indocumentados na Conferência final. Com a elaboração do relatório, o grupo Biodireito, Bioética e Direitos Humanos espera prestar uma contribuição científica para fomentar o debate a respeito do delineamento de políticas pública para contemplar o grupo vulnerável, ou seja, os imigrantes indocumentados, em consonância com o direito humano ao desenvolvimento, com a Agenda 2030 e com o ODS 3.

Palavras-chave: direitos humanos; desenvolvimento; direito à saúde; imigrantes indocumentados.

INTRODUÇÃO

O direito humano à saúde é indispensável para que o ser humano seja capaz de se desenvolver plenamente, com autonomia e autodeterminação no sentido de consolidar a sua dignidade humana. No Brasil, o Sistema único de Saúde contribui para a concretização de referido direito humano, com a oferta da saúde a todos os cidadãos, independentemente de contribuição e de acordo com o princípio da universalidade. Além de ser um direito humano, o direito à saúde também é positivado no Brasil como direito fundamental pela Constituição Federal de 1988.

Como direito humano fundamental, o direito à saúde é um direito de todos, independentemente de nacionalidade, de origem e de condição migratória, que consolida o direito humano ao desenvolvimento, de acordo com a Agenda 2030 e com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, ou seja, saúde e bem-estar.

Assim, o objetivo geral desse relatório é apontar noções introdutórias sobre o direito humano e fundamental à saúde no Brasil como direito de todos, inclusive dos imigrantes indocumentados. Por sua vez, o objetivo específico do relatório é abordar como o direito humano à saúde está intrinsecamente ligado ao direito ao desenvolvimento, essencial para não deixar ninguém para trás, conforme determina a Agenda 2030, inclusive o imigrante indocumentado.

Optou-se pelo método dedutivo, partindo-se da premissa de que o direito à saúde é um direito humano e fundamental para se alcançar a síntese, ou seja, a tese de que o direito humano à saúde pode e deve ser exercido pelos imigrantes indocumentados no Brasil.

O relatório tem início com a alegação da tese de que o direito à saúde é um direito humano e um direito fundamental. Na sequência, abordar-se-á o direito humano à saúde e sua relação com o direito ao desenvolvimento. Em seguida, o relatório trabalhará o direito à saúde dos imigrantes indocumentados, de acordo com o princípio da universalidade que permeia o Sistema único de Saúde no Brasil. O manuscrito relatará os aportes da Conferência Preparatória realizada pelo Grupo Biodireito, Bioética e Direitos Humanos, da Universidade Federal de Uberlândia, sob a Coordenação Científica da Profa. Claudia Loureiro, docente na mesma Universidade, com a participação da Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais.

O relatório tem a principal finalidade de fornecer à Conferência da Saúde os elementos necessários para a compreensão de que as políticas públicas do SUS devem ser elaboradas de forma a contemplar, de forma efetiva, o direito humano à saúde dos imigrantes indocumentados, de acordo com o direito ao desenvolvimento.

1. AGENDA 2030 E O OBJETIVO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 3

A concretização do direito humano à saúde consta da Agenda 2030, no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, que preconiza a ideia de que ninguém deve ser deixado para trás e que o desenvolvimento sustentável deve ser uma realidade para todos os seres humanos no mundo todo. A interseccionalidade entre os ODS clarifica a ideia de que tanto o direito à saúde, como os demais objetivos que constam da Agenda, devem ser consolidados em

conjunto, uma vez que são indispensáveis para a concretização do direito humano ao desenvolvimento e, principalmente para a erradicação da pobreza no mundo.

A realização do ODS 3, saúde e bem-estar, contribui para a erradicação da pobreza e para a concretização dos direitos humanos e dos direitos fundamentais dos cidadãos globais.

A Agenda 2030 é um plano de ação para as pessoas, para o Planeta e para a prosperidade que visa fortalecer a paz universal e a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões. Referido plano de ação é acompanhado por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e de 169 metas que estimulam a ação até 2030, em áreas de importância crucial para o Planeta e para a humanidade, e que se relacionam com a efetivação dos direitos humanos e com a promoção do desenvolvimento sustentável.

Assim, a Agenda 2030 é uma Declaração em um quadro de resultados composto por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e por 169 metas, sendo os ODS's o núcleo da Agenda, que deverão ser alcançados até o ano de 2030 (ONU, 2015).

É importante ressaltar que os 17 objetivos são integrados e indivisíveis e conjugam as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental, expressando programas a serem cumpridos pelos governos, pela sociedade civil, pelo setor privado e por todos os cidadãos para um 2030 sustentável. Por sua vez, as metas apoiam ações de importância crucial para a humanidade, ou seja, pessoas, Planeta, prosperidade, paz e parcerias.

A Agenda 2030 foi avalizada pelos 193 países que integram as Nações Unidas, inclusive pelo Brasil, com o objetivo principal de libertar a raça humana da pobreza e de proteger o planeta no sentido de promover o desenvolvimento sustentável e, nesse contexto, os Estados-membros, reunidos em 2015, em Nova York, reconheceram que a erradicação da pobreza, em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável.

Nesse sentido, ao adotarem o documento *Transformando o Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* (A/70/L.1), os países comprometeram-se a tomar todas as medidas necessárias para promover o desenvolvimento sustentável nos próximos 15 anos, sem deixar ninguém para trás (ONU, 2015).

Referido documento é coordenado pelas Nações Unidas, por meio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), nos termos da Resolução A/RES/72/279 OP32, de 2018, da Assembleia Geral das Nações Unidas.

É importante destacar que o documento foi antecedido pela Declaração do Milênio (ONU, 2000) e pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, adotados pelos Estados-membros da ONU em 2000, com o objetivo de impulsionar os países a enfrentar os principais desafios sociais no início do século XXI. Os 8 objetivos do documento formaram o conjunto de políticas globais para o desenvolvimento que orientaram as ações dos Estados em nível internacional, nacional e local por quinze anos.

O primeiro relatório resultante das consultas realizadas, com o aval das Nações Unidas, para discutir uma nova agenda de desenvolvimento, *Uma Vida Digna para Todos* (ONU, 2015),

ressaltou que o desenvolvimento sustentável é resultado da integração do crescimento econômico, da justiça social e da sustentabilidade ambiental, sendo o princípio orientador do novo documento.

Como resultado das reuniões realizadas no âmbito da ONU, adotou-se o documento em 2015, *Transformando Nosso Mundo* (ONU, 2015), ou seja, a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, como um guia para as ações da comunidade internacional nos anos vindouros.

Um dos principais objetivos da Agenda 2030 é o direito à saúde, que ficou consolidado no ODS 3, saúde e bem-estar. Com o objetivo de fornecer elementos para a sua concretização, o Relatório ora apresentado destaca o direito humano e fundamental à saúde dos imigrantes indocumentados no Brasil, para a erradicação da pobreza, da desigualdade e da discriminação, princípios balizadores e caros para a humanidade e para o desenvolvimento sustentável.

2. O DIREITO HUMANO À SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

No cenário mundial do século XX imerso no pós-guerra e assolado pelas suas tragédias, surge como resposta às rupturas totalitárias (ARENDR, 1951), a internacionalização dos Direitos Humanos, tendo como primeiro marco concreto de tal fenômeno a consolidação da Declaração Universal de Direitos Humanos em 1948.

Neste diploma estão dispostos direitos inerentes a todos os indivíduos e, dentre eles, se encontra o direito à saúde decorrente do próprio direito à vida como posto em seu artigo 25:

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.(ONU, art. 25, 1948)

Tem-se que tal perspectiva da Organização das Nações Unidas está de acordo com os propósitos da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo possível apontar que existe um contexto sócio-econômico para a concretização de tal direito.

Dessa forma, depreende-se que, para a concretização plena de tal direito é necessário, além da cooperação internacional dos países, um certo nível de desenvolvimento, vez que a infraestrutura necessária para garantir o gozo da saúde é indissociável de certos níveis de desenvolvimento econômicos, sociais e culturais, como posto no artigo 22 da Declaração:

Todo ser humano, como membro da sociedade, tem direito à segurança social, à realização pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade. (ONU, art. 22, 1948)

Tem-se, ainda, o direito à previsto no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos de maneira indireta como uma forma de sustentação ao direito à vida e à integridade humana. Neste, em seu artigo 12 estão estabelecidas prerrogativas que assim como na Declaração da ONU são condizentes com o desenvolvimento dos Estados:

1. Toda pessoa que se ache legalmente no território de um Estado terá o direito de nele livremente circular e escolher sua residência. 2. Toda pessoa terá o direito de sair livremente de qualquer país, inclusive de seu próprio país. 3. Os direitos supracitados não poderão constituir objeto de restrições, a menos que estejam previstas em lei e no intuito de proteger a segurança nacional e a ordem, a saúde ou a moral públicas, bem como os direitos e liberdades das demais pessoas, e que sejam compatíveis com os outros direitos reconhecidos no presente Pacto. 4. Ninguém poderá ser privado arbitrariamente do direito de entrar em seu próprio país. (ONU, art. 12, 1992).

Após a consideração do direito à saúde como um direito humano também é de suma importância apontar seu caráter universal, conforme disposto no artigo 196 da Constituição Federal brasileira que “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988)

Tal disposição constitucional decorreu do movimento sanitarista (CADEU, 2004) que deu origem à constitucionalização da saúde, assim como à criação do sistema único universal de saúde, que buscou estabelecer uma democracia sanitária (DALLARI, 2008).

Nesse cenário, a universalidade é baseada no direito fundamental indissociável do indivíduo de ter acesso à saúde, sendo imperioso a imposição de políticas públicas que atendam aos requisitos necessários para tal (DALLARI, 1995). Assim, o instituto jurídico brasileiro reconhece integralmente a saúde como um direito fundamental. Dessa forma:

As ações e serviços públicos de saúde subsumem-se ao princípio do atendimento integral, que é diverso do já mencionado acesso universal. Este se refere ao direito que, no caso, deve abranger todas as necessidades do ser humano relacionadas à saúde. Portanto, não só todos têm direito à saúde como esta deve ser prestada de maneira completa, sem exclusões de doenças ou patologias, por dificuldade técnicas ou financeiras do Poder Público. Não é permitido a este esquivar-se da prestação de saúde em todos os setores. (TAVARES, p. 601, 2003).

Ainda, o princípio da universalidade no sistema de saúde brasileiro abrange não somente seus nacionais como também os estrangeiros, dada a falta de limitação constitucional para o exercício dos direitos fundamentais por qualquer indivíduo, fortalecendo a cooperação sanitária nacional como tem feito o país pela exportação de seu modelo de saúde pública, que tem com fito principal a universalização do acesso à bens de saúde e seus produtos.

A importância da saúde para a qualidade de vida é uma preocupação constante dos atores nacionais e internacionais, incluindo os Estados, as empresas privadas, a sociedade civil e os indivíduos. Referida preocupação tornou-se ainda mais clara com a pandemia do Covid-19, que tornou ainda mais intensas as vulnerabilidades de determinados grupos sociais, além de causar impactos extremamente negativos na economia.

Nesse contexto, é imperioso destacar a necessidade de adoção de medidas de contenção da pandemia como o movimento “fique em casa”, uma realidade para parte da população economicamente abastada, mas um grande sacrifício para a parcela populacional vulnerável. Na compreensão de Buss (2000, p. 165) a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o

baixo grau de escolaridade, além das condições precárias de habitação, têm um papel relevante nas condições de vida e saúde dos seres humanos, que ainda carecem do acesso universal ao direito e, nesse contexto, a pandemia pegou o aparato de saúde bastante desguarnecido (MALHEIRO; SILVA, 2021, p.264).

Assim, parcela da população teve condições de executar as medidas de contenção da pandemia. No entanto, a população vulnerável suportou, de forma exacerbada, as consequências negativas da pandemia, o que apenas ressaltou a vulnerabilidade já instalada no ambiente pré-pandêmico. Logo, é possível afirmar que a consolidação de certos direitos sociais e o acesso às oportunidades é pressuposto para o exercício dos direitos humanos e se esse acesso não é igualitário, a desigualdade se instala.

Também é importante mencionar que a instalação de equipamentos básicos e garantidores da qualidade de vida é essencial para a concretização do direito à saúde, como a rede coletora de esgoto, inacessível para vários bairros da cidade de São Paulo, especialmente nas regiões da Zona Sul paulistana ¹. Assim, a comunidade do Jardim Ellus, no extremo meridional da capital paulista, por exemplo, em seus 30 anos de existência, recebeu apenas a infraestrutura da pavimentação e, até o momento, o saneamento não chegou ao local.

Dessa forma, a campanha do “fique em casa”, para prevenção da pandemia, é ineficaz se inexistente a estrutura básica para a sobrevivência digna do ser humano, do cidadão, especialmente para aqueles que vivem em regiões periféricas, o que viola alguns princípios elencados na Constituição Federal, principalmente o da dignidade da pessoa humana², disposto no artigo 1º, inciso III.

Percebe-se, assim, a intrínseca relação entre saúde e pobreza. A falta de acesso à saúde pode ser consequência da pobreza, mas, também, agrava a situação de pobreza das pessoas que vivem à margem dos serviços essenciais, o que impacta no desenvolvimento livre e pleno da personalidade do ser humano e, conseqüentemente, em sua dignidade humana.

Nesse sentido, Buss (2017, p.1578) afirma sobre as desigualdades:

As desigualdades em saúde entre pessoas pobres e ricas, no interior de países pobres, também são acentuadas. Tais desigualdades ocorrem tanto nos níveis de saúde e nutrição (morbidade, incapacidades e mortalidade), como também no acesso aos serviços sociais e de saúde (BUSS, 2017, p. 1578).

Ainda é necessário mencionar que a intrínseca relação entre pobreza e saúde também decorre das desigualdades raciais e, nesse caso, propõe-se uma análise interseccional a respeito do problema da falta de acesso à saúde, da pobreza e das questões raciais, a fim de que as políticas públicas delineadas no contexto do SUS possam proporcionar a ampla concretização do princípio da universalidade.

1 Cf. informação completa na reportagem: CAMPOS, Ana Paula; OLIVEIRA, Abrahão. Cidade de SP tem quase 370 mil imóveis sem ligação com a rede de esgoto, sendo maioria na Zona Sul. **GI**. 03 de junho de 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2022/06/03/cidade-de-sp-tem-quase-370-mil-imoveis-sem-ligacao-com-a-rede-de-esgoto-sendo-maioria-na-zona-sul.ghtml> Acesso em: 25 jul. 2022.

2 Art. 1º III - Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (...) III - a dignidade da pessoa humana;

Do mesmo modo e na mesma linha da análise interseccional, também é preciso ressaltar como o acesso à saúde impacta nos direitos das crianças. Ainda de acordo com Buss (2017, p.1579) a mortalidade infantil média é de 34 óbitos por 1.000 nascidos vivos, contra 23 na população branca. Entre os pobres é 35 e os ricos, 16. Ao tratar sobre as mães com menos de 3 anos de estudo é 40, contra 17 naquelas com 8 anos ou mais e ao fazer o recorte na população rural é 35 contra 27 da urbana. Em um estado nordestino é 63 mil contra 16 mil em um Estado mais rico do sul do país.

Também é necessário destacar os diferenciais entre ricos e pobres ao fazer referência ao uso dos aparatos de saúde, onde o uso da terapia de reidratação oral é muito mais presente nas classes mais abastadas do que nas mais pobres, além do acesso as vacinas infantis e o uso dos métodos anticoncepcionais modernos (BUSS, 2017, p.1579).

Nesse sentido, a população composta por imigrantes indocumentados é atingida de maneira exacerbada pela falta de acesso aos direitos sociais nos países de destino, incluindo mulheres, crianças, idosos, deficientes, dentre outras pessoas vulneráveis. Nesse contexto, a discriminação e as desigualdades podem causar consequências extremamente gravosas a esses grupos vulneráveis, contribuindo para o aumento da pobreza, o que é contrário ao desenvolvimento sustentável.

Por sua vez, o direito humano à saúde também está intrinsecamente ligado ao princípio da dignidade humana, conforme já foi mencionado anteriormente, na medida em que a falta de acesso à saúde impede que o ser humano se desenvolva plenamente e alcance um grau adequado de qualidade de vida, com a possibilidade de exercer a sua autonomia de maneira livre e desimpedida da opressão.

Para Shiratori *et.al.* (2004, p. 618) há uma nítida violação aos direitos fundamentais, especialmente ao considerar a saúde como proteção à dignidade humana. Por isso, a importância da autonomia, principalmente da necessidade desses sujeitos em anuir ou decidir com relação aos cuidados pessoais, especialmente a importância da visita regular ao médico.

Nesse sentido, destaca-se a ideia de Shiratori *et.al.* (2004, p. 618): “Podemos, então, entender, que a promoção da saúde representa uma forma de objetivação dos direitos humanos fundamentais, visto que estes se manifestam na autodeterminação consciente e responsável da própria vida”.

Assim,

A dignidade da pessoa humana constitui o mandamento base de todo o ordenamento jurídico. Esse princípio irradia os demais, uma vez que somente por meio dele se pode concretizar os direitos fundamentais do indivíduo. Trata-se de um princípio que não se restringe a uma declaração ou postulado filosófico. Enquanto mandamento norteador do ordenamento jurídico, a dignidade da pessoa humana possui natureza dúplice, já que deve ser vista como um postulado normativo, considerando que ela serve para indicar a forma como as demais normas devem ser feitas e aplicadas e, enquanto princípio, nenhuma norma pode feri-lo (COSTA; MOTTA; ARAÚJO, 2017, p.850).

Por ser o fundamento do Estado Democrático de Direito, base de um ordenamento jurídico, o princípio da dignidade da pessoa humana é a fonte balizadora das normas e dos princípios que regem o direito ao acesso à saúde, bem como as políticas públicas destinadas à sua promoção.

Por outro lado, o direito à saúde também tem intrínseca relação com o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, uma vez que o direito à saúde se concretiza no contexto de um ambiente sadio e saudável, sendo que a ausência desse pressuposto gera consequências negativas na vida do ser humano, impactando na consolidação de sua autonomia e em sua dignidade.

O direito ao meio ambiente pode ser compreendido de maneira individual e coletiva, individualmente este se concretiza no direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado que gera consequências, diretas ou indiretas, na vida dos indivíduos. Coletivamente, tal direito é posto como um direito fundamental para a existência da humanidade sendo de interesse universal concretizando-se, inclusive, como um direito posto às gerações futuras (CORTE IDH, 2017).

A propósito, a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CTIDH), a qual o Brasil se submete, por ter aceito a sua jurisdição obrigatória, declarou que a degradação do meio ambiente atinge diretamente o direito à vida, à integridade pessoal, o direito à vida privada, o direito à saúde, à água, à alimentação, à violência, à participação na vida cultural, à propriedade e o direito a não ser um deslocado forçado (CORTE IDH, 2017).

Assim, ao analisar o caso brasileiro tem-se que:

“Com base no tratamento constitucional conferido tanto ao direito à saúde (art. 196) quanto à proteção ambiental (art. 225) e a partir da teoria dos direitos fundamentais identifica-se uma dimensão socioambiental a conformar (juntamente com as dimensões social, histórico-cultural etc.)” o conteúdo normativo do princípio da dignidade da pessoa humana, bem como da correlata garantia do que passou a se designar de um mínimo existencial socioambiental. A degradação ambiental e todos os demais riscos ecológicos (SARLET; FENSTERSEIFER, p. 249, 2010).

Ainda, é dever de diligência dos Estados a adoção de todas as medidas necessárias para a proteção do meio ambiente quando há risco de dano significativo que poderia refletir em dano à saúde e, conseqüentemente à vida ou integridade pessoal dos indivíduos que habitam em determinado território.

Pelo exposto, pode-se afirmar que o direito à saúde é um direito humano, por ter previsão nos tratados internacionais de direitos humanos, bem como por ter previsão constitucional no ordenamento jurídico brasileiro. Nesse sentido, a concretização do direito à saúde no Brasil torna-se imperativa diante de sua conformação internacional e nacional.

Nesse contexto, o Relatório ressalta os desafios para a concretização do direito à saúde dos imigrantes indocumentados, conforme será feito a seguir.

3. O DIREITO À SAÚDE DOS IMIGRANTES INDOCUMENTADOS NO BRASIL

Conforme já foi salientado, o direito à saúde no Brasil é um direito constitucionalmente garantido a todos os cidadãos, sendo um dever do Estado garanti-lo universalmente à população. Muito se questiona se tal acesso universal e igualitário deve ser efetivamente alcançado pela população de imigrantes documentados e indocumentados no País.

Ao longo da história brasileira, diversos fluxos migratórios acompanharam a chegada de migrantes de vários países como italianos, alemães, espanhóis, portugueses, japoneses e outros tantos que no Brasil se estabeleceram em busca de melhores condições de vida.

Nos dias atuais, os fluxos migratórios se intensificam, tendo em vista as crises políticas e econômicas que forçaram venezuelanos a virem ao Brasil, assim como desastres ambientais no Haiti, pobreza no Senegal e na Bolívia.

Nesse contexto, por se tratar de realidades que apresentam especificidades muito plurais, é imprescindível destacar que nem toda migração é voluntária, e nesse sentido existem termos precisam ser revisitados como o termo refugiado e migrante:

A palavra “migrante” costuma ser utilizada para designar aquele que se desloca dentro de seu próprio país e também pode ser usada para falar dos deslocamentos internacionais. Alguns especialistas, inclusive, aconselham o uso do termo migrante quando se fala de migrações entre países, por ser abrangente e não simplista. Já o termo “imigrante” se refere em específico à pessoa que vem de um outro país, enquanto “emigrante” é quem deixa seu país de origem para viver em outro – ou seja, o imigrante é considerado um emigrante para seu país de origem e vice-versa. [...], os refugiados são pessoas que não tiveram outra opção se não a de sair de seus países de origem, por motivos de perseguições diversas e de violações de direitos humanos, situações que podem custar-lhes a vida (ACNUR, 2019, p. 10-11).

No Brasil, tanto o direito à vida quanto o direito à saúde são vistos como interdependentes³ (STF, 2019). Além disso, a Corte Interamericana de Direitos Humanos, tribunal internacional com jurisdição sobre o Brasil, reiterou o mesmo entendimento por meio do caso *Ninos de la Calle versus Guatemala*. Dessa forma, para garantir o acesso efetivo à saúde pública de qualidade, que é dever de Estado, deve haver constantes políticas públicas de acesso às ações e serviços de saúde para os indivíduos que estão sob sua jurisdição (BARRIQUELLO; STURZA, 2018, p. 31).

No Brasil, o direito à saúde está tutelado pelos artigos 6º e 196 da Constituição Federal. Além disso, o Brasil também é signatário de diversos outros documentos internacionais que ressaltam esse mesmo direito, tais como o art. 26 da Convenção Americana de Direitos Humanos, o art. 10 do Protocolo Adicional de San Salvador, o art. 25.1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, bem como a Constituição da OMS.

Trata-se, portanto, de um direito fundamental e de um direito humano que deve ser garantido independentemente da nacionalidade do indivíduo (MUYSKENS, 2022, p. 87). Dessa forma,

[...] é um tema que ultrapassa várias fronteiras; quando estas não são superadas e ultrapassadas pelos Estados, deixamos a iniciativa privada determinar os rumos da atenção e da promoção da saúde nestes espaços, não mais locais, mas globais [...] a saúde também pode ser compreendida como bem da comunidade e uma ponte para a efetivação da cidadania, tendo em vista que o grau de proteção deste direito identifica o nível de democracia de cada país (STURZA; MARTINI, 2017, p. 177).

3 No âmbito da jurisdição brasileira, o Supremo Tribunal Federal (STF) do Brasil já teve a oportunidade de se manifestar sobre a relação do direito à vida e o direito à saúde através do Recurso Extraordinário 657.718 no qual o tribunal analisa o fornecimento pela Justiça de remédio sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

No âmbito da jurisdição brasileira, é importante destacar alguns apontamentos sobre as previsões do direito à saúde na Constituição Federal do Brasil:

Em primeiro lugar, a República Federativa do Brasil deve refletir uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos (conforme o preâmbulo da Constituição). Com efeito, declara a Constituição, dentre os fundamentos da sociedade brasileira, o da “dignidade da pessoa humana” (art. 1º, III). O artigo 3º, ainda, elenca dentre os objetivos do Brasil “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. Nessa parte introdutória, como se nota, foram utilizadas expressões bastante amplas como “todos” e “pessoa humana”, que parecem incluir a todos, sem distinção de nacionalidade (LOPES, 2009, p. 468).

Em 2014, o ACNUR, Alto Comissariado da ONU para os Refugiados, emitiu uma Cartilha para Refugiados no Brasil a qual estabelecia os direitos de migrantes refugiados possuem no Brasil, a saber:

A legislação brasileira assegura que os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são universais, gratuitos e de acesso igualitário por todos os indivíduos presentes em território brasileiro. Todos os cidadãos, inclusive os solicitantes de refúgio e refugiados, têm direito de ser atendidos em qualquer unidade pública de saúde. Para tanto, você deve apresentar o seu CPF e protocolo provisório ou RNE em qualquer hospital, clínica ou posto de saúde e solicitar o seu Cartão SUS. Este cartão é gratuito e pode ser utilizado em qualquer unidade de saúde pública do território nacional. No Brasil, os pais têm a obrigação de vacinar seus filhos. As crianças filhas de solicitantes de refúgio e refugiados podem obter gratuitamente as vacinas em postos de saúde públicos. Para saber quais as vacinas que o seu filho deve tomar, consulte o calendário de vacinação nos postos de saúde da sua cidade (CARTILHA PARA REFUGIADOS NO BRASIL, 2014, p. 23).

Cumprе salientar que, embora o informativo se direcionasse à população refugiada no Brasil, esses direitos são estendidos a qualquer indivíduo de qualquer condição migratória no país. Destaca-se aqui o art. 5º da Constituição Federal que dispõe que os serviços públicos devem ser garantidos a todos os indivíduos, não havendo distinção de nacionalidade na redação do artigo.

Em mesmo sentido, a Lei 13.445/17, também conhecida como Lei de Migrações, em seu art. 3º ressalta que:

Art. 3º A política migratória brasileira rege-se pelos seguintes princípios e diretrizes: VIII - acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, a proteção do direito à saúde dos imigrantes, sejam eles documentados ou indocumentados, não deixa de ser um desafio para as políticas de saúde no Brasil na medida em que é necessário estabelecer políticas interseccionais que se proponham a conhecer as especificidades e necessidades de cada grupo, além da necessidade de se refletir sobre as dificuldades de acesso como as barreiras linguísticas e culturais que podem exigir atendimento especializado.

Para além disso, existem diversos desafios que são uma realidade não somente para a população migrante, mas que também atingem a população brasileira como um todo, e que perpassam pelas necessidades de rever as políticas estruturais, geográficas, logísticas e orçamentárias da saúde pública no Brasil (VENTURA, 2018, p. 1-2).

Se não bastassem todas essas leis, disposições legais e tratados internacionais, a Lei 8.080, de 19/9/1990, que regulamenta o Serviço Único de Saúde (SUS), deixa claro que não há possibilidade de discussão sobre os direitos à saúde dos imigrantes, sejam estes documentados ou indocumentados. Em seu art. 2º, essa lei estabelece a saúde como um direito fundamental do ser humano, bem como dever do Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício.

A questão da saúde é tão cara ao Brasil que referida lei, em seu art. 3º, estabelece que os níveis de saúde funcionam como expressão da organização social e econômica do País. O parágrafo único deste mesmo artigo dispõe que a saúde engloba ações e atividades destinadas a garantir condições de bem-estar físico, mental e social às pessoas e à coletividade.

Ainda é relevante destacar que os princípios e diretrizes que norteiam as ações e serviços de saúde que integram o SUS que estão dispostos no art. 7º da Lei 8.080/90, bem como seguem o estabelecido no art. 198 da Constituição Federal.

Além de estabelecer a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, nos incisos I, II e III do artigo 7º, da Lei 8.080/90, o mesmo diploma legal determina que haja a integralidade de assistência às pessoas e a preservação de sua autonomia na defesa de suas integridades físicas e morais.

Por fim, o inciso IV, do art. 7º da referida lei determina o caráter igualitário da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, garantia legal do direito à saúde no território brasileiro não só dos cidadãos nacionais mas também dos imigrantes, sejam eles documentados ou indocumentados.

3.1. A Lei de Migração (Lei 13.445/2017) e os imigrantes indocumentados

O acesso à saúde pelos imigrantes indocumentados é proporcionado pela Constituição brasileira de 1988, pelo direito internacional de direitos humanos, bem como pelo Sistema Único de Saúde brasileiro.

Nesse contexto, é importante destacar que, no Brasil, conforme já foi exposto, o direito à saúde é considerado um direito fundamental que está previsto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

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

O acesso ao direito à saúde é uma forma de se concretizar a dignidade humana de todos os cidadãos brasileiros, além de contribuir para a erradicação da pobreza, Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 1 da Agenda 2030 (ONU, 2015).

Além de ser um direito fundamental, por estar previsto na Constituição Federal de 1988, o direito à saúde também é um direito humano, que visa garantir um padrão de vida capaz de

assegurar o bem-estar do ser humano, o que está previsto no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, citada anteriormente.

Nesse contexto tão complexo das migrações involuntárias, o Sistema Único de Saúde no Brasil funciona como um elemento de inclusão e de integração para os imigrantes involuntários e indocumentados.

Não obstante, o art. 196 da Constituição brasileira de 1988 assegura a saúde como um direito de todos e dever do Estado, de modo que a universalidade aos serviços da saúde é assegurada a todos, independentemente de sexo, idade, religião, raça, cor, origem ou nacionalidade. Além disso, o inciso V do artigo 7º da Lei nº 8.080/1990 fundamenta a prestação de ações e serviços de saúde, no âmbito do SUS, a não nacionais – pelo menos aos residentes no país, considerado o teor do art. 5º *caput* da Constituição brasileira de 1988, independentemente de qualquer condicionante, já que a legislação aplicável adota o princípio da não discriminação (SOUZA e SILVA; ARCE; AMARAL, 2021).

Por sua vez, a Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) prevê o direito ao acesso à saúde dos imigrantes⁴ independentemente de documentação, devendo o atendimento ser assegurado de forma irrestrita. No entanto, em algumas situações, verifica-se o descumprimento do mandamento constitucional, o que pode ser demonstrado pela falta de preparo e da informação necessária para o entendimento desse público.

Com a intensificação dos fluxos migratórios, é importante que as políticas públicas sejam aprimoradas para concretizar o acesso dos imigrantes indocumentados aos serviços públicos básicos, uma vez que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde ainda são sentidas por esse grupo vulnerável (GONÇALVES *et al.*, 2003).

Assim, a perspectiva multicultural também deve ser levada em consideração pelas políticas públicas destinadas à promoção do acesso dos imigrantes indocumentados ao serviço público de saúde. Nesse sentido, Sarlet (2012), ao se referir à efetivação da dignidade humana e ao mínimo existencial como um direito fundamental, afirma que isso se destina a garantir uma vida com dignidade, incluindo-se nesse contexto a acepção de uma vida saudável (SARLET, 2012).

No sentido de se alcançar o ideal de uma vida digna e saudável, pode-se afirmar que o direito à saúde deve ser assegurado a todas as pessoas de maneira igual, de modo que estas estejam livres de condições que impedem o completo bem-estar físico, mental e social (DALLARI, 2004, p. 74), o que também se relaciona com o ideal da Agenda 2030 do desenvolvimento sustentável.

Nesse contexto, o acesso à saúde pública possibilita que as pessoas estejam livres das privações oriundas da falta de acesso a esse serviço, o que consolida a tese da justiça, de Amartya Sen (2010), que contempla a ideia de que um mundo menos injusto pode ser alcançado com a capacitação dos seres humanos, o que inclui a libertação das privações para facilitar o acesso às oportunidades.

4 Cf. Art. 4º, que a essas pessoas deve ser garantido, em condição de igualdade com os nacionais, “acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (inciso VIII). De acordo com o art. 1º, II, desta lei, considera-se imigrante “[...] pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm. Acesso em 06 jul. 2022.

De acordo com o que já ficou registrado no artigo, o artigo 5º, *caput*, da Constituição Federal de 1988, os direitos e garantias fundamentais podem ser exercidos, no Brasil, por todo cidadão brasileiro e pelo estrangeiro residente no país, bem como pelos imigrantes indocumentados, em razão do princípio da universalidade, o que significa dizer que todo ser humano tem direito ao acesso à saúde. Embora a redação do *caput* do artigo 5º da Constituição de 1988 seja restritivo, entende-se que os imigrantes indocumentados também têm acesso à saúde e de ser atendido pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

Isso é importante pois existem muitas pessoas deslocadas pelo mundo, pessoas que deixam os seus países de origem e se dirigem a outros países em busca de melhores condições de vida, e que podem ser imigrantes, refugiados e solicitantes de asilo. Em regra, as pessoas deslocadas não têm a documentação necessária para se inserir no país de destino e para gozar dos direitos sociais previstos nesses países.

No Brasil, as pessoas indocumentadas têm direito de acessar o SUS para exercer o seu direito à saúde e isso se deve ao Sistema Único de Saúde, o que independe da apresentação de documentos e de diferenciações embasadas na condição migratória, consoante o disposto no *caput* do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, da Lei de Migração, artigo 4º VIII. Além desses diplomas legais, a Lei nº 8.742/93, artigo 19, parágrafo único, prescreve que:

A atenção integral à saúde, inclusive a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, nos termos desta Lei, dar-se-á independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a diretriz de articulação das ações de assistência social e de saúde a que se refere o inciso XII deste artigo.

Mesmo sabendo que as pessoas indocumentadas também têm acesso ao SUS, é preciso destacar que essas pessoas também têm o direito de solicitar, junto à Polícia Federal, o CPF, ou seja, o Cadastro de Pessoa Física, o que facilita o acesso aos serviços sociais no Brasil, inclusive o direito à saúde, que ficou registrado na Nota COGEA, nº 02, de 20/01/2021.⁵

A esse respeito, Fernanda Schaefer assevera que:

As tensões sobre o acesso ao Sistema Único de Saúde em momento de alta demanda e de escassez de medicamentos e de profissionais de saúde, agrava a situação. Mas, é preciso lembrar que para além do acesso universal, princípio do sistema público de saúde brasileiro (art. 7º, I, Lei n. 8.080/90), outros princípios constitucionais se apresentam: a solidariedade e a igualdade. O art. 5º, CF, ao estabelecer os direitos e garantias fundamentais não fez distinção entre brasileiros natos e estrangeiros residentes no país, portanto, seu exercício não está condicionado à exigência de domicílio, bastando que o estrangeiro aqui esteja, subordinando-se ao ordenamento jurídico brasileiro, independente de sua condição (art. 4º, II, CF) (SCHAEFER, s/d, p. 217-218).

Assim, não se justifica o tratamento diferenciado dispensado aos imigrantes indocumentados em razão dos princípios da dignidade humana, da igualdade, da não-discriminação e da solidariedade.

⁵ A informação pode ser conferida em <https://help.unhcr.org/brazil/coronavirus/coronavirus-transito-e-fronteiras/informativo-a-pessoas-refugiadas-e-imigrantes-indocumentadas-no-brasil/>.

Sobre esse tema, o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, em sua 55ª Reunião do Conselho Diretor e na 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas delinearão algumas diretrizes sobre a saúde dos migrantes, destacando-se:

5. Nesse sentido, a Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde (7, 8) da OPAS estabelece a estrutura mediante a qual os países da Região podem elaborar e pôr em prática estratégias colaborativas para atender as necessidades de saúde das populações migrantes. Um firme compromisso com o direito à saúde, onde reconhecido nacionalmente, ou o gozo do melhor estado de saúde possível, com a equidade e a solidariedade – conforme consta da estratégia supracitada – deve ser central aos esforços para responder às necessidades de saúde das populações migrantes. Tal compromisso implica proporcionar o acesso a serviços de saúde integrais de qualidade aos migrantes em seus locais de origem e destino, durante o trânsito e em seu retorno ao país de origem. Faz-se necessário lidar com os determinantes sociais da saúde e eliminar as barreiras de acesso aos serviços de saúde, inclusive o custo, o idioma, as diferenças culturais, a discriminação e a falta de informação (p. 2).

(...)

15. Os Estados Membros da OPAS demonstram uma maior apreciação pela formulação das políticas de saúde e programas para atender às iniquidades em saúde e melhorar o acesso aos serviços de saúde. As quatro linhas estratégicas de ação definidas no âmbito da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (7) da Região constituem a estrutura abrangente para as ações do sistema de saúde voltadas para a proteção da saúde e o bem-estar dos migrantes. Elas reconhecem as contribuições das estratégias e dos mandatos anteriores da OPAS que lidam com essa questão e se alinham com outras estratégias e compromissos relacionados, inclusive os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2030. Reconhecendo que os migrantes constituem um grupo em condições de vulnerabilidade em nossa Região, os Estados Membros, conforme o seu contexto, prioridades e estruturas institucionais e jurídicas, podem potencializar os elementos de política a seguir para abordar as necessidades diferenciadas de saúde dos migrantes (p. 5).

O mesmo documento ainda ressaltou:

16. Serviços de saúde que sejam inclusivos e atendam às necessidades de saúde dos migrantes. Os serviços de saúde devem ser inclusivos e atender às necessidades dos migrantes, devendo também ser facilmente acessíveis aos migrantes, com a eliminação de barreiras geográficas, econômicas e culturais. O atendimento das necessidades específicas e diferenciais dos migrantes deve ser um componente essencial no contexto do progresso de um país no sentido de serviços integrais, de qualidade, universais e de saúde progressivamente ampliados. Atender integralmente às necessidades dos migrantes implica buscar intervenções direcionadas para reduzir os riscos à saúde dos migrantes e o fortalecimento dos programas e serviços sensíveis a suas condições e necessidades (p. 5).

Como foi possível perceber, tanto o ordenamento jurídico pátrio como o ordenamento jurídico de direito internacional são dotados de referencial normativo e principiológico que, se

interpretado sistematicamente, autoriza concluir que não há justificativa, no Brasil, para se negar o acesso à saúde aos imigrantes indocumentados.

Ademais, a exigência da documentação dos imigrantes indocumentados, sob a justificativa de prestação adequada, eficiente e eficaz do serviço público não se justifica, uma vez que a responsabilidade de prestação do serviço público de saúde é solidária entre os entes federados, o que deve ser resolvido entre estes sujeitos de direito público interno. Assim, transferir esse ônus ao imigrante indocumentado, configura-se como uma exigência discrepante, que gera onerosidade excessiva ao imigrante, que já se encontra em situação de vulnerabilidade devido à sua condição migratória. Logo, isso significa a revitimização dos imigrantes indocumentados.

Referido direito também se coaduna com o princípio da universalidade, conforme será analisado a seguir.

3.2. Breves ponderações sobre os princípios da universalidade de acesso ao SUS e da reserva do possível

3.2.1. O princípio da universalidade da saúde do SUS

Embora não exista um tratado internacional que pretenda delimitar a proteção internacional da saúde, a Constituição da OMS tem sido utilizada como um quadro para a saúde global face à multiplicidade de diferentes legislações sanitárias que existem a nível nacional. No caso do continente americano, existe a Organização Pan-Americana da Saúde, que funciona como um escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma agência internacional especializada em saúde pública nas Américas, que controla e trabalha com informação de 51 países e territórios.

Em um dos relatórios publicados pela instituição em 2019 (OMS, 2019), salientava que a despesa pública no sector da saúde já representa 10% do produto interno bruto (PIB) mundial, destacando os países de baixo e médio desenvolvimento, que têm no sector um crescimento anual de 6%, em comparação com os países de elevado rendimento, que apresentaram um crescimento de 4%. Cabe destacar que em 2014 foi assinado um pacto entre os membros, com o objetivo de alcançar o acesso universal aos cuidados de saúde, no qual os Estados se comprometeram a aumentar a despesa pública com os cuidados de saúde para 6% do PIB.

De acordo com este mesmo relatório (OMS, 2019), os governos atualmente financiam 51% das despesas de saúde de um país, 35% são pagos por cidadãos privados. Este fato levou os membros da OMS a assinar a Declaração de Astana em Outubro de 2018 na Conferência Mundial sobre Saúde Primária, um passo importante entre os membros da organização para dar prioridade às despesas de saúde pública a longo prazo.

Ainda que o principal objetivo desta mobilização pan-americana seja a transição dos países de desenvolvimento médio ao financiamento interno dos seus sistemas nacionais de saúde, foram também apresentados dados importantes sobre a atenção prestada ao financiamento externo, em que mais de metade dos seus fundos são investidos na luta contra três doenças específicas: VIH/SIDA, tuberculose e malária, e não para construir um melhor sistema público de cuidados básicos de saúde.

No caso brasileiro, para além das normas e compromissos internacionais sobre saúde pública e SIDA acima mencionados, o país tem a saúde como um direito constitucional (BRASIL, 1988). Assim, a União, os Estados e o Distrito Federal são competentes na proteção e defesa da saúde, tendo sido o marco da criação do Sistema Único de Saúde brasileiro, definindo a saúde, em seu artigo 196, como um "direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais e económicas que visam reduzir o risco de doenças e outros danos e o acesso universal e equitativo a ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação", garantindo de forma expressa o direito ao acesso universal à saúde. Direito que dialoga com o artigo 6º da Carta Magna, garantindo a saúde como um direito social do Estado brasileiro (BRASIL, 1988).

Para além de ser considerado um direito constitucional, o acesso universal à saúde também está incluído nos princípios da República Federativa do Brasil, enquanto prevalência dos direitos humanos, no artigo 4º, inciso II (BRASIL, 1988). E este sistema constitucionalista fundamentou a criação do Sistema Único de Saúde, mediante a lei n. 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990). Neste sentido, cabe destaque ao artigo 2º desta lei:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas económicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Em seu artigo 7º, inciso primeiro (BRASIL, 1990) é mais uma vez mencionado o princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, que são desenvolvidos com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, na qual foi possível incorporar os direitos sociais ligados a cidadania, depois de indicar a relevância das políticas económicas e sociais para garantir o direito à saúde (PAIM, 2010).

As noções de universalidade utilizadas pela política pública brasileira, estão associadas à ideia de justiça de pensamentos que remontam da Revolução Francesa e das noções de equidade e igualdade. É universal aquilo que é comum a todos, garantindo a todos os brasileiros o acesso igualitário aos serviços de saúde, sem qualquer barreira de natureza legal, económica, física ou cultural (PAIM, 2010).

Segundo a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) do Brasil sobre o tema, a universalidade do SUS pode ser dividida entre objetiva e subjetiva, sendo a primeira a cobertura total das ações e serviços da saúde, e a segunda aos destinatários do direito à saúde, ou seja, a quais pessoas o sistema está destinado (CUNHA, 2019). E é a universalidade subjetiva que garante o acesso ao sistema de saúde brasileiro a imigrantes que estejam em território nacional, e não somente aos cidadãos brasileiros (AITH, 2014).

Segundo a relatório anual do Observatório de Migrações Internacionais (Cavalcanti, L, 2020) do ano de 2020, diferentemente das imigrações que o Brasil recebia até a década de 1930, originárias predominantemente do Norte Global (maioritariamente europeus), na atualidade o principal fluxo migratório do país são provenientes do Sul Global, de forma preponderante

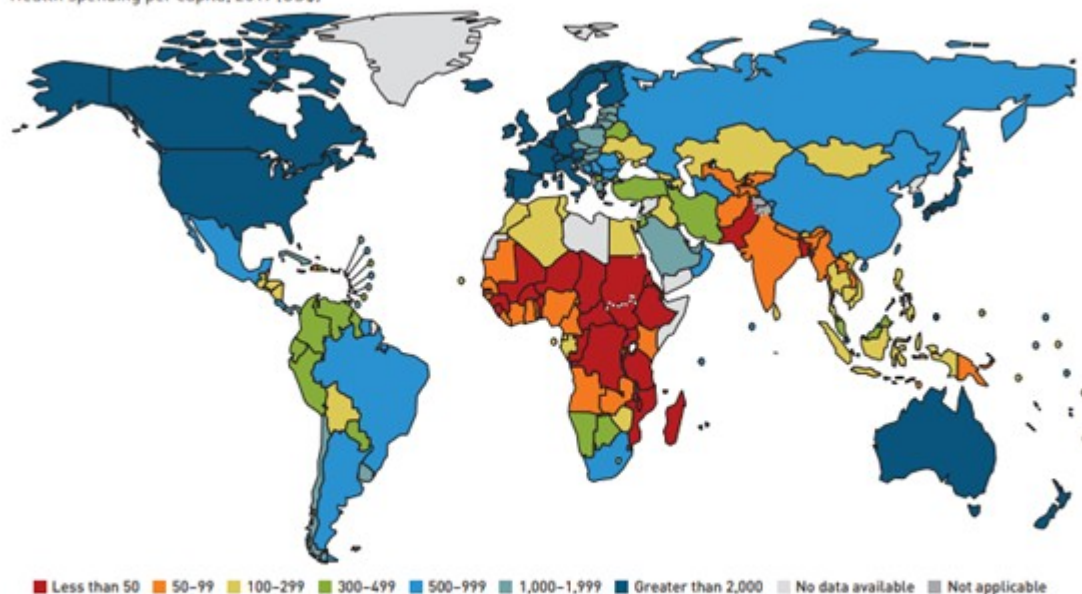
senegaleses, congoleses, angolanos, haitianos e venezuelanos. E ao observar o status do investimento de saúde pública destes países no mapa acima, nota-se a discrepância em comparação com o Brasil ou a Argentina.

Fenômenos contemporâneos como a intensa mobilidade humana, fluxos comerciais internacionais, homogeneização dos sistemas de produção, degradação ambiental e avanços na tecnologia e ciência alteraram as políticas públicas no domínio da saúde, bem como as necessidades de saúde (XAVIER, 2011). E para os fins da compreensão do princípio da universalidade do SUS brasileiro, se faz necessário analisar de que forma este princípio colabora com a construção a nível regional da saúde enquanto direito humano, especialmente frente a imigração que existe entre os países fronteiriços do Brasil, que possuem sistemas de saúde distintos.

Muitas das críticas ao fenômeno da globalização neste sector baseiam-se no aumento do custo dos medicamentos e no desaparecimento das políticas sociais públicas dedicadas à saúde, que tem seus gastos públicos elevados a depender do contingente populacional a ser coberto (XAVIER, 2011). A OMS disponibilizou, em seu relatório anual de 2020, dados importantes sobre o gasto público no setor de saúde em 2019, na qual é possível analisar o Brasil e a Argentina como principais Estados investidores em saúde pública na América do Sul (OMS, 2020), vejamos:

FIGURE 1.3 Vast disparity in health spending per capita across countries

Health spending per capita, 2019 (US\$)



Note: The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.
Data source: WHO Global Health Expenditure Database, 2021.

Fonte: OMS, 2021.

A partir do gráfico é possível analisar não somente a situação do Brasil, mas também compará-lo com a situação dos demais países do Mercosul. O Brasil é o único país da América Latina a ter o princípio da universalidade do acesso à saúde pública, mas possui um

investimento estatal menor do que em países que não oferecem esse acesso universal, como é o caso da Argentina e Chile (CÂMARA, 2020). Na Argentina vigora o sistema misto de saúde pública, na qual há investimento do estado para a assistência gratuita, mas os trabalhadores vinculados à assistência social pagam um seguro para tratamentos especializados (CÂMARA, 2020).

O sistema de saúde argentino é caracterizado por fragmentação excessiva, que se dá em primeiro lugar em três grandes subsetores, possuindo fontes de financiamento, diferentes coberturas, cosseguros e co-pagamentos aplicados incluídos em um regime e órgãos de controle e fiscalização do Estado (BELLÓ, 2011). Contudo, diferentemente do caráter universal do sistema brasileira, os beneficiados por esse sistema de saúde são a) os grupos sociais de baixos rendimentos, que não têm segurança social; b) os trabalhadores assalariados e reformados; e c) a população com capacidade para pagar, que compram seguros privados ou pagam fora do bolso ao receberem cuidados (BELLÓ, 2011).

Com isto, o modelo argentino, ainda que tenha mais investimentos públicos que o brasileiro, não permite que imigrantes ou turistas utilizem o sistema de forma automática, pela ausência do princípio da universalidade e a presença do fragmentarismo de seu financiamento. No SUS, a integralidade do sistema de saúde é a sua razão de existir, modelado para o atendimento de todo ser humano em território nacional, de forma não discriminatória e equitativa, na forma de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde (AITH, 2014).

Contudo, ainda que o princípio que rege o sistema brasileiro seja idealmente o mais alinhado aos direitos humanos, os fundos comuns de qualquer país nunca serão capazes de cobrir 100% da população para 100% dos custos e 100% dos serviços necessários (OMS, 2010). Os países ainda terão que fazer escolhas difíceis quanto à melhor utilização desses fundos, e a mobilidade de cidadãos na busca de trabalho, de educação e de condições melhores de vida provoca o surgimento de novas demandas de atenção à saúde na região da América Latina (BRASIL, 2005), que criam a necessidade de desenvolver mecanismos de harmonização da legislação dos sistemas de saúde, e amplo atendimento aos imigrantes que transitam por esses territórios.

Desta forma, o acesso universal e integral ao direito à saúde não pode ser concebido, inicialmente, de forma irrestrita de prestações sanitárias a todas as pessoas, uma vez que a execução deste princípio depende substancialmente do financiamento à saúde (VIEIRA, 2020). Portanto, a criação de uma política pública que inclua o princípio da universalidade, só é possível a partir da política racional e justificada do "possível e necessário" (CUNHA, 2019).

3.2.2. Mínimo existencial, princípio do não retrocesso e cláusula de reserva do possível

O princípio da dignidade da pessoa humana, consagrado como fundamento do Estado Democrático de Direito⁶, consiste em importante premissa contemporânea, à medida em que assume dupla dimensão (CABRAL, 2018). Compreende-se que referido princípio apresenta-

⁶ A dignidade da pessoa humana é fundamento da República Federativa brasileira e do Estado Democrático de Direito, conforme redação do Art. 1º. CF/88: “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (...) III - a dignidade da pessoa humana”.

se como poder-dever de prestação positiva do Poder Público para consagrar os direitos e garantias dela provenientes, além de eficácia negativa, condizente ao dever de proteção.

Nesta lógica, a finalidade pretendida por este pressuposto exige o tratamento dos indivíduos como objetivo final a ser tutelado e não mero objeto, “evitando-se conferir caráter instrumental ao ser humano em prol do bem-estar geral” (SANDEL, 2017). Sob esta ótica, a supremacia da Constituição Federal (1988) alcança outro patamar, além da esfera meramente formalista, ao exigir uma harmonização entre as normas vigentes ao próprio texto constitucional, a fim de nortear o sentido e alcance dos regramentos (NUNES, 2022).

No contexto internacional, a tutela da dignidade da pessoa humana advém do processo de reconstitucionalização, frente aos abusos vivenciados pelas atrocidades da Segunda Guerra Mundial. Nesta lógica, referido princípio foi inserido ao centro das discussões políticas, sociais e culturais (NUNES, 2022), ultrapassando os preceitos de legalidade kelseniana e propondo uma nova interpretação dos textos normativos.

A formulação principiológica da dignidade da pessoa humana, mesmo que não se traduza em um conceito estático, atua como “valor fonte” (RIVABEM, 2005) que orienta a hermenêutica e aplicação dos sistemas jurídicos constitucional e infraconstitucional.

Por consequência, o princípio da dignidade da pessoa humana revela-se como ponto fulcral da ordem normativa contemporânea, um comando de otimização (BARCELLOS, 2000), o que afasta a necessidade de esgotamento de seu conteúdo. Todavia, elucida uma abordagem em observância a um núcleo mínimo existencial⁷.

A teoria do mínimo existencial, em síntese, preconiza que o núcleo fundamental para assegurar mínimas condições de dignidade ao indivíduo não pode ser negado pelo Poder Público. Há que se analisar este núcleo essencial com as devidas reservas, eis que não se pode reduzi-lo a condições meramente fisiológicas (SARLET; FIGUEIREDO, 2008), em contrário, deve-se considerar em conjunto ao mínimo sociocultural e econômico.

Não há, no entanto, uma delimitação objetiva sobre o que compõe o núcleo existencial. Por tal motivo, de igual modo, exige-se cautela para compatibilizar a garantia do mínimo de condições a uma vida digna e a não sobrecarga em demasia ao ente público.

Neste aspecto, Barcellos (2002) leciona que “o mínimo existencial, como se vê, associado ao estabelecimento de prioridades orçamentárias, é capaz de conviver produtivamente com a reserva do possível”. Para tanto, revela-se imprescindível analisar o que são direitos sociais, sua natureza fundamental e a correlação com a teoria da reserva do possível.

Ferrajoli (2001, p. 19) conceitua direitos fundamentais subjetivos como:

[Son derechos fundamentales] todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del status de persona,

⁷ Sarlet e Figueiredo (2008), ao analisar o mínimo existencial, afirma que “tem-se como certo que a garantia efetiva de uma existência digna abrange mais do que a garantia da mera sobrevivência física, situando-se, portanto, além do limite da pobreza absoluta. Sustenta-se, nesta perspectiva, que se uma vida sem alternativas não corresponde às exigências da dignidade humana, a vida humana não pode ser reduzida à mera existência”.

de ciudadanos o personas con capacidad de obrar; entendiendo por derecho subjetivo cualquier expectativa positiva (de prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica; y por status, la condición de un sujeto, prevista asimismo por una norma jurídica positiva, como un presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones jurídicas y/o autor de los actos que son ejercicio de éstas. (FERRAJOLI, 2001, p. 19).

Assim, conforme ensinamentos de Sarlet e Figueiredo (2008), os direitos sociais são de natureza fundamental, aos quais há de se outorgar máxima eficácia e efetividade possíveis, sobretudo, em razão da topografia constitucional, pois inseridos dentro do Título II (dos Direitos e Garantias Fundamentais), previsto na Constituição Federal (1988) ⁸.

No plano histórico, a consolidação dos direitos decorre de uma inversão da perspectiva para consagração do Estado moderno (BOBBIO, 2004), o que modificou, drasticamente, a relação entre os indivíduos e o ente estatal, culminando na edição de declarações internacionais em defesa de direitos.

Nesta perspectiva, compreende-se que os direitos possuem natureza histórica, pois “nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas”, como defende Bobbio (2004). Assim, as doutrinas contemporâneas optam pela utilização da expressão “dimensões de direitos” para evitar a impressão de substituição entre os direitos paulatinamente conquistados.

Os direitos sociais, por essência, abrangem tanto prestações positivas do Poder Público, quanto ações negativas ou deveres de não-intervenção pelo ente estatal. Numa breve retrospectiva histórica, decorrem do ideal de igualdade, advindos da atuação no Estado do Bem-estar Social (*Welfare State*), sobretudo, após o final da Primeira Guerra Mundial, em 1917.

Em sua dimensão negativa, os direitos sociais impedem, por exemplo, restrições que violem o núcleo essencial atinente aos indivíduos (SARLET; FIGUEIREDO, 2008). Na seara prestacional, por outro lado, exigem um conjunto de medidas estatais positivas para a efetivação material desses direitos, o que implica na necessidade de alocação de recursos orçamentários pelo Estado e representa uma limitação fática à efetivação dos direitos sociais.

O direito à saúde, previsto no art. 6º, Constituição Federal (1988), condiz em uma norma de natureza fundamental e subjetiva. Constitui a base estrutural do Estado e da sociedade (GLOECKNER, 2013), além de apresentar aplicabilidade imediata que demanda uma prestação ativa do Poder Público para distribuição, melhoria e disponibilidade dos recursos existentes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preceitua, no preâmbulo de sua constituição, ratificada pelo governo brasileiro, que a saúde “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Portanto, não se limita à esfera física, mas sim, trata-se de um conjunto biopsicossocial mínimo que deve ser garantido aos indivíduos.

⁸ Além disso, o art. 5º, §2º, CF/88, dispõe quanto à não taxatividade dos direitos fundamentais, o que também permite a interpretação ampliada para inclusão dos direitos sociais.

Por consequência, trata-se de uma prerrogativa jurídica indisponível, dotada de caráter universal e igualitário, constitucionalmente tutelada ⁹, “por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular e implementar políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos” ¹⁰, segundo posicionamento reiterado no Supremo Tribunal Federal (STF).

Assim, Wang (2008) pontua que o direito à saúde, norma programática, não pode ser transformado em uma “promessa constitucional inconsequente”. Não basta, portanto, mero reconhecimento formal deste direito, mas sim, deve ser assegurado a partir de políticas públicas suficientes para sua efetivação.

Ademais, deve-se relembrar o princípio do não-retrocesso, segundo o qual, em razão da natureza de concretização gradativa do direito à saúde ¹¹, uma vez alcançado certo grau implementativo da norma constitucional, veda-se qualquer atuação do Estado para reduzi-la ou suprimi-la, salvo se instaurado outro mecanismo prestacional equivalente ou substituto (CUNHA, 2011).

Barcellos, citada por Souza (2013), pondera, todavia, que, do ponto de vista prático, “pouco adiantará a previsão normativa ou a refinada técnica hermenêutica se absolutamente não houver dinheiro para custear a despesa gerada por determinado direito subjetivo”. Por consequência, sustenta-se a relação intrínseca entre os direitos subjetivos prestacionais, a teoria do mínimo existencial e a cláusula de reserva do possível, o que será elucidado em seguida.

Em suma, a reserva do financeiramente possível (SOUZA, 2013) é a teoria utilizada como fator limitante à implementação plena dos direitos sociais subjetivos, face à restrição estatal em dispor indiscriminadamente de recursos orçamentários. Suas origens remetem à Corte Constitucional alemã, em meados da década de 1970, que, em um julgado emblemático, o tribunal não reconheceu a incompatibilidade da restrição de acesso a uma vaga universitária específica e a norma constitucional que previa o direito à educação.

Neste contexto, através de uma análise pautada nos princípios de ponderação, razoabilidade e igualdade (MALDONADO, 2015), firmou-se o entendimento de que a concessão individual à vaga pleiteada comprometeria o direito social à educação de toda coletividade, pois demandaria, do Poder Público, o deslocamento orçamentário dos investimentos sociais amplamente realizados para atender a demanda.

Diante da articulação entre o Direito Constitucional brasileiro e os interesses políticos e socioeconômicos do país, cláusula de reserva do possível foi incorporada ao ordenamento jurídico pátrio com algumas modificações hermenêuticas em relação à tese originária. Em

9 Cf. Art. 196. CF/88. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

10 Posicionamento reiterado nos votos do Ministro Celso de Mello, com destaque ao AgRg RE 273834, ao RE 198265 e ao RE 232335/RS.

11 Tese firmada no julgamento da ADPF nº 45, STF, de relatoria do Ministro Celso de Mello: “ a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais – além de caracterizar-se pela gradualidade de seu processo de concretização – depende, em grande medida, de um inescapável vínculo financeiro subordinado às possibilidades orçamentárias do Estado, de tal modo que, comprovada, objetivamente, a incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal, desta não se poderá razoavelmente exigir, considerada a limitação material referida, a imediata efetivação do comando fundado no texto da Carta Política”.

suma, objetiva sustentar argumentos para a efetivação de direitos fundamentais em compatibilidade aos lastros orçamentários e financeiros da Administração Pública.

Dentre as justificativas elaboradas, Sarlet e Figueiredo (2008) descrevem a dimensão tríplice de limitações, consistente nas esferas fática, jurídica e razoável, como fundamento que lastreia a atuação do ente público face à efetivação dos direitos sociais de natureza prestacional.

Neste aspecto, a primeira condiz à disponibilidade de recursos materiais e humanos, ao passo que a limitação jurídica relaciona-se à distribuição de competências executivas, legislativas e tributárias que constituem o pacto federativo brasileiro. Já a limitação de razoabilidade, fundamenta-se no princípio da proporcionalidade da prestação e a exigibilidade desta na seara individual em detrimento à coletividade.

Nota-se que o poder discricionário da Administração Pública para a alocação orçamentária de recursos e consequente efetivação de políticas públicas, partindo dos pressupostos de conveniência e oportunidade, não pode optar pela concretização deste ou daquele direito fundamental livremente. Isso, pois, a limitação está no próprio texto constitucional, com destaque aos princípios da dignidade da pessoa humana, da ponderação e da razoabilidade para priorização entre bens jurídicos.

Como regra, é inviável que esta matéria seja objeto de pleito judicial, sob pena de desrespeitar o princípio da separação dos poderes e o pacto federativo nacional, CF/88¹². Todavia, a própria Carta Magna, em seu art. 5º, XXXV, assegura a apreciação de lesão ou ameaça de lesão a direitos pelo Poder Judiciário, o que sedimenta a possibilidade de atuação deste diante da violação de direitos constitucionais subjetivos pelo ente público.

Nesta perspectiva, a omissão administrativa irrazoável não encontra justificativa na teoria da reserva do possível¹³, pois as condições mínimas para uma existência digna devem ser asseguradas a todos os indivíduos.

O Ministro Celso de Mello, no julgamento da ADPF nº 45, STF, reforçou que a indevida manipulação da atividade político-administrativa não pode fundamentar obstáculos para a efetivação financeira e orçamentária de condições materiais mínimas para a existência digna. Eventual argumento pautado na cláusula de reserva do possível, deste modo, deverá ser seguida pela efetiva demonstração de “justo motivo objetivamente aferível”, como elucidado pelo relator.

A crise da efetividade dos direitos sociais, em especial, do direito fundamental à saúde, está diretamente atrelada à disponibilidade dos recursos materiais e humanos. Esta conjuntura, no

12 Este é o entendimento firmado no Informativo 752, STF, segundo o qual “reafirmou a jurisprudência da Corte quanto à ausência de violação ao princípio da separação dos Poderes quando do exame pelo Poder Judiciário de ato administrativo tido por ilegal ou abusivo. Aduziu, ademais, que o Poder Público, qualquer que fosse a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não poderia se mostrar indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional”. (RE 429903/RJ, rel. Min. Ricardo Lewandowski, 25.6.2014. (RE-429903).

13 No julgamento do processo nº 0007022- 19.2019.8.08.0011, pelo Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo, além de reforçar a obrigação solidária entre os entes federativos para efetivação do direito à saúde, o Tribunal firmou a tese de que “a reserva do possível e dificuldades orçamentárias não são instrumentos que amparam a postura da Administração em deixar de adotar medidas que assegurem direito constitucionalmente reconhecidos como essenciais”.

entanto, não afasta a obrigação estatal para implementação de políticas públicas minimamente suficientes, universais e igualitárias.

Em contrário, isso reforça a imprescindibilidade de uma deliberação responsável¹⁴ sobre a gestão democrática do orçamento público. Não apenas para os governantes, legisladores e juristas, mas para toda a população, impõe-se uma necessidade emergencial crescente de conscientização para zelar pelos direitos fundamentais e conseqüente alcance de um mínimo existencial digno amplamente assegurado.

4. SUS – DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO: O DIREITO À SAÚDE DOS IMIGRANTES – APORTES SUSCITADOS NA CONFERÊNCIA PREPARATÓRIA REALIZADA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

No dia 04 de julho, de 2022, a Universidade Federal de Uberlândia, o Grupo Biodireito, Bioética e Direitos Humanos, da Universidade Federal de Uberlândia, sob a Coordenação da Profa. Claudia Loureiro e das Pesquisadoras, Izabella Vieira, Marcela Martins Nogueira e Vânia Soares, realizaram a Conferência Preparatória para a Conferência da Saúde, Democrática e Popular, de 2022, com a participação da Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais, na pessoa do Dr. Fernando Vilefort.

A Conferência foi realizada de forma pública, através de ambiente online, com acesso ao público pelo canal do Grupo Biodireito, Bioética e Direitos Humanos, no youtube, no endereço: <https://m.youtube.com/watch?v=wdhfMhQvOCY>. A chamada para a Conferência foi feita com 1 mês de antecedência para tornar o evento público. Houve a participação da sociedade civil, através do chat do youtube, veículo que foi considerado apto a viabilizar o evento, em razão do ambiente pandêmico ainda dificultar a realização de eventos e encontros presenciais.

Os trabalhos foram abertos pela Profa. Claudia Loureiro, que realizou uma introdução a respeito do direito à saúde na Agenda 2030 e de acordo com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável. Além disso, a Profa. Claudia ressaltou o tema central da Conferência Preparatória, ou seja, o direito à saúde dos imigrantes indocumentados no Brasil.

Após essa introdução, foi dada a palavra ao Defensor Público que fez uma análise a respeito do Sistema único de Saúde no Estado de Minas Gerais, em especial na cidade de Uberlândia.

Um aspecto relevante que foi levantado nos debates foi a exigência de documentação para que o imigrante possa acessar os serviços públicos de saúde. A Profa. Claudia afirmou que a lei não exige a apresentação de documentos como condição para o atendimento. Nesse aspecto, o Defensor explicou que os documentos eram exigidos, principalmente o comprovante de

14 “Oportuno apontar aqui que os **princípios da moralidade e da eficiência**, que direciona a atuação da Administração Pública em geral, assumem um papel de destaque nesta discussão, notadamente quando se cuida de **administrar a escassez de recursos e otimizar a efetividade dos direitos sociais**; que também resta abrangida na obrigação de todos os órgãos estatais e agentes políticos a tarefa de maximizar os recursos e minimizar o impacto da reserva do possível. Assim, levar a sério a “reserva do possível” significa também, especialmente em face do sentido do disposto no artigo 5º, parágrafo 1º, da CF, que cabe ao Poder Público **o ônus da comprovação efetiva da indisponibilidade total ou parcial de recursos e do não desperdício dos recursos existentes.**” (SARLET, 2007) (grifo nosso).

residência, para otimizar os trabalhos e a utilização do dinheiro público para aprimorar e universalizar o atendimento das pessoas no sistema público de saúde.

Nesse contexto, vem à tona um aspecto importante, que necessita ser considerado, qual seja, a responsabilidade de prestar o serviço público de saúde aos cidadãos e aos estrangeiros no Brasil é solidária entre todos os entes federados, pessoas jurídicas de direito público interno, ou seja, União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Sendo assim, a exigência de documentação não pode ser condição *sine qua non* para o atendimento, uma vez que este precisa ocorrer, independentemente de qualquer exigência, devido ao princípio da universalidade e da dignidade humana.

A Profa. Claudia ressaltou que a maioria dos imigrantes indocumentados não tem endereço fixo no Brasil, sendo que a exigência de documentação tornaria o acesso aos serviços públicos desse grupo vulnerável inviável.

Além disso, o temor que os imigrantes indocumentados têm da deportação foi levantado como um dos aspectos que dificultam o acesso desse grupo vulnerável aos serviços públicos de saúde.

Nesse aspecto, o Estado de Minas conta com mecanismos como a Defensoria Pública do Estado, com atendimento aos imigrantes e a todos as pessoas em estado de vulnerabilidade e dificuldade de acesso ao Sistema Público de Saúde. Os imigrantes fazem os agendamentos pelo site e são direcionados à Unidade de Atendimento Integrado (UAI), onde é feito o atendimento e a confecção de cartão do SUS.

Logo, para que o município possa fazer sua previsão orçamentaria, é preciso a solicitação de endereço nas unidades de atendimento, isso no âmbito eletivo, pois no âmbito de urgência e emergência não é necessário. Logo, os imigrantes podem se dirigir a qualquer unidade de atendimento público do SUS para ser atendido, em caso de emergência, a saber: Unidade Atendimento Integrado de Saúde (UAIS), Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Básica de Saúde Familiar (UBSF), isso no caso de Uberlândia.

Esse atendimento é feito nos moldes do art. 4º inciso XIII, da lei 13.445 de 2017, sem discriminação em razão da condição social, migratória ou de nacionalidade. No entanto, mesmo que os direitos estejam regulamentados, os imigrantes indocumentados ainda estão vulneráveis diante do acesso ao direito à saúde, por falta de conhecimento de seus direitos e pelo temor da deportação.

Por isso, a Conferência Preparatória concluiu que ainda são necessárias políticas públicas educativas para ampliar o acesso à informação aos imigrantes indocumentados, principalmente no que diz respeito aos direitos fundamentais.

Constatou-se que a elaboração de cartilhas pode gerar um impacto positivo a esse grupo vulnerável, uma vez que é elaborado com linguagem de fácil acesso, para atingir o maior número de pessoas possível.

A Conferência Preparatória também constatou que a elaboração de convênios para o recebimento de encaminhamentos feitos por organizações não governamentais que trabalham

com o atendimento de imigrantes pode surtir um efeito benéfico às pessoas pertencentes a esse grupo vulnerável.

Como resultado da Conferência Preparatória realizada na Universidade Federal de Uberlândia, PROPÕE-SE:

- 1. O desenvolvimento de políticas-públicas de acolhimento mais efetivas e eficazes a esse grupo vulnerável;**
- 2. O investimento em educação, considerando-se que as cartilhas podem ter um impacto benéfico no direito à informação dos imigrantes indocumentados;**
- 3. A capacitação dos agentes de saúde pública para que conheçam as leis e como devem agir diante da necessidade de atendimento de um imigrante indocumentado;**
- 4. O delineamento de regulamentação específica mais clara a respeito do direito ao acesso à saúde dos imigrantes indocumentados;**
- 5. A celebração de convênios e de parcerias entre o setor público e o privado, em especial o terceiro setor, para fomentar o amplo acolhimento dos imigrantes indocumentados.**

Como desdobramentos do encontro, o Grupo Biodireito, Bioética e Direitos Humanos/UFU e a Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais planejam realizar um mutirão para o esclarecimento dos direitos dos imigrantes indocumentados, para dinamizar o acesso ao direito à saúde dos imigrantes involuntários, bem como para mapear as situações de impedimento desse acesso, tudo com a finalidade de delinear políticas públicas de amplo acesso e acolhimento desse grupo vulnerável aos serviços públicos, em especial ao serviço público de saúde.

O trabalho só começou!

CONCLUSÕES

A Conferência Preparatória e a pesquisa realizada para a elaboração desse relatório, permite concluir que:

1. O direito à saúde é um direito humano fundamental que corrobora o direito humano ao desenvolvimento, de acordo com os ideais da Agenda 2030 e com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.

Nesse sentido, entende-se que a consolidação do acesso à saúde é fundamental para a erradicação da pobreza no mundo, previsto no ODS 1 da Agenda 2030, uma vez que os ODS foram delineados de acordo com a perspectiva interseccional, estando completamente entrelaçados.

Assim, o cumprimento do ODS 3, em consonância com o ODS 1 contribuem para a realização do ideal de que ninguém deve ser deixado para trás, não somente no contexto brasileiro, mas no contexto global.

O direito humano ao desenvolvimento, nesse cenário, concretiza-se através da redistribuição de riqueza e do reconhecimento dos estatutos identitários multifacetados que perfazem a diversidade de povos, culturas e etnias existentes no mundo.

Assim, não basta que os insumos cheguem até os países e seus postos de saúde para serem utilizados, é necessário capacitar o ser humano, com políticas públicas educacionais a usar, de maneira racional, os recursos materiais que são disponibilizados no mundo. Logo, além da distribuição de riquezas, é preciso redistribuir esse recurso, a fim de que se alcance mais justiça social global no contexto do acesso ao direito à saúde.

Nesse aspecto, consigna-se que a pandemia demonstrou como esses recursos estão concentrados nas mãos de poucos no mundo, o que não foi capaz de solucionar os problemas decorrentes da pandemia.

Assim, o direito à saúde é indispensável para que o ser humano tenha acesso às oportunidades para o pleno e livre desenvolvimento de sua personalidade.

2. O ordenamento jurídico brasileiro garante o direito ao acesso à saúde aos imigrantes indocumentados, independentemente de condição e de consideração social, racial, cultural e de nacionalidade.

Sendo assim, é importante educar e capacitar as pessoas dentro dessa realidade normativa, além de ser necessária a capacitação dos agentes públicos em direitos humanos.

3. É necessário fomentar a construção de políticas públicas para proporcionar o amplo acesso ao direito humano dos imigrantes indocumentados.

Apesar de haver um regime jurídico no Brasil e no ordenamento jurídico que fomente esse direito, ainda é necessário implementar políticas públicas para a sua concretização, principalmente no âmbito da educação e da capacitação dos agentes públicos.

4. É necessário preservar o direito ao acesso à saúde dos imigrantes indocumentados como consequência do princípio da garantia do mínimo existencial e da vedação ao retrocesso.

Profa. Claudia Loureiro
Universidade Federal de Uberlândia – UFU
Biodireito, Bioética e Direitos Humanos/UFU
Observatório Interamericano e Europeu dos ODS/UFU

REFERÊNCIAS

ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **FORTALECER O SUS, EM DEFESA DA DEMOCRACIA E DA VIDA.** Disponível em https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/10/Abrasco_Fortalecer-o-SUS.pdf. Acesso: 28 jul. 2022.

- ABRUCIO, Fernando Luiz et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Revista de Administração Pública** [online]. 2020, v. 54, n. 4, pp. 663-677. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- ACNUR - Alto Comissariado da ONU para Refugiados. **Cartilha para Refugiados no Brasil**. 2014. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Cartilha-para-Refugiados-no-Brasil_ACNUR-2014.pdf. Acesso em: 3 ag. 2022.
- ACNUR - Alto Comissariado da ONU para Refugiados. **Migrações, Refúgio e Apátridia. Guia para Comunicadores**, 2017. Disponível em: https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/05/Migracoes-FICAS-color_FINAL.pdf. Acesso em: 31 jul. 2022.
- ARENDDT, Hannah. **The Origins of totalitarianism**. Nova Iorque: Harcourt, s.d.
- AITH, Fernando; BUJDOSO, Yasmim; NASCIMENTO, Paulo Roberto; DALLARI, Sueli Gandolfi. Os princípios da universalidade e integralidade do sus sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, Brasil, v. 15, n. 1, p. 10-39, mar./jun. 2014. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i1p10-39>. Disponível em: www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/82804/85759. Acesso em: 26 jul. de 2022.
- BARCELLOS, Ana Paula. Normatividade dos princípios e o princípio da dignidade humana na Constituição de 1988. **Revista de Direito Administrativo da FGV**, vol. 221, pp. 159-188, jul. /set. 2000. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/47588>. Acesso em: 27 jul. 2022.
- BARCELLOS, Ana Paula. **A eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.
- BARRIQUELLO, Carolina Andrade; STURZA, Janáina Machado. Desafios do século XXI: Os movimentos migratórios frente a promoção e efetivação do direito à saúde. **Revista Jurídica**, v. 22, p. 55-72, 2018. Disponível em <https://proxy.furb.br/ojs/index.php/juridica/article/view/6824>. Acesso: 3 ag. 2022.
- BARROSO, Luís Roberto. **O Constitucionalismo democrático no Brasil: crônica de um sucesso imprevisto**. Disponível em <https://luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2012/12/O-constitucionalismo-democratico-no-Brasil.pdf>. Acesso em 25 jul. de 2022.
- BELLÓ, Mariana, BECERRIL-MONTEKIO, Victor. Sistema de salud de Argentina. **Salud pública**. México, vol. 53, supl. 2, Cuernavaca ene. 2011. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006. Acesso em: 30 jul. de 2022.

- BRASIL. **Agravo de Instrumento nº 0007022-19.2019.8.08.0011**. Relator: Des. Subst. VICTOR QUEIROZ SCHNEIDER. Data de julgamento: 13/08/2019. Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo. Disponível em <https://sistemas.tjes.jus.br/ediario/index.php/component/ediario/845974?view=content>. Acesso em 22 jul. 2022.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Brasília, DF. **Presidência da República**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 26 jul. 2022.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. A Saúde no Mercosul / Ministério da Saúde. – 3. ed. rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_no_mercosul.pdf. Acesso em 30 de julho de 2022.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). ADPF nº 45. Relator: Ministro Celso de Mello. Data de julgamento: 29/04/2004. Brasília: STF. Disponível em <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2175381>. Acesso em 22 jul. 2022.
- BRASIL. STF. **Recurso Especial. RE 657.718**. Brasília. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4143144>. Acesso em: 1º jul. 2019.
- BOBBIO, Norberto, 1909. **A era dos direitos** / Norberto Bobbio; tradução Carlos Nelson Coutinho; apresentação de Celso Lafer. — Nova ed. — Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. — 7ª reimpressão.
- BUSS, Paulo Marchiori. Globalização, pobreza e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1575-1589, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2007.v12n6/1575-1589/pt> Acesso em: 25 jul. 2022.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v5n1/7087.pdf Acesso em: 25 jul. 2022.
- CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco Boechat. **Consentimento informado no exercício da medicina e tutela dos direitos existenciais**: uma visão interdisciplinar Direito e Medicina – 2. ed. – Curitiba: Appris, 2018.
- CADEU, Emanuel. Observações sobre os sentidos e a essência das experiências francesa e brasileira na área da democracia sanitária. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n.1, mar. 2004, p. 9-17.

- CARVALHO, Eloá Carneiro, SOARES, Samira S. Santos, FARIAS, Sheila N. Pereira de, *et al.* Judicialização da saúde: reserva do possível e mínimo existencial. **Cogitare Enfermagem** [Internet]. 2021. v. 26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.76406>. Acesso em 28 jul. 2022.
- CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T.; Macedo, M., **Imigração e Refúgio no Brasil. Relatório Anual 2020**. Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2020. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/relatorio-anual/2020/OBMigra_RELAT%C3%93RIO_ANUAL_2020.pdf. Acesso em: 25 de jul. de 2022.
- CAMARA DOS DEPUTADOS. **Especial SUS 20 Anos 1 – Conheça alguns sistemas de saúde em vigor em outros países**. Brasília, 2020. <https://www.camara.leg.br/radio/programas/305610-especial-sus-20-anos-1-conheca-alguns-sistemas-de-saude-em-vigor-em-outros-paises-0533/#:~:text=Apesar%20do%20Brasil%20ser%20o,como%20Argentina%2C%20Chile%20e%20Venezuela>. Acesso em: 30 de jul. de 2022.
- CORTE IDH. **CASO COMUNIDADES INDÍGENAS MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN LHAKA HONHAT (NUESTRA TIERRA) VS. ARGENTINA, SENTENCIA DE 6 DE FEBRERO DE 2020 (Fondo, Reparaciones y Costas)**. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_400_esp.pdf. Acesso em: 29 jul. 2022
- CORTEIDH. **Opinião Consultiva 23/2017 solicitada pela República da Colômbia**, parágrafos 56-70. Disponível em <http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_23_esp.pdf> Acesso em 28 jul. 2022.
- COSTA, Fabricio Veiga; DA MOTTA, Ivan Dias; DE ARAÚJO, Dalvaney Aparecida. Judicialização da saúde: a dignidade da pessoa humana e a atuação do Supremo Tribunal Federal no caso dos medicamentos de alto custo. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 7, n. 3, p. 844-874, 2017. Disponível em: <https://www.arqcom.uniceub.br/RBPP/article/view/4809> Acesso em: 25 jul. 2022.
- CUNHA, A. L. da. (2019). A integralidade do direito à saúde na visão do Supremo Tribunal Federal. **Revista De Direito Sanitário**, 20(1), 167-184. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i1p167-184>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164214/157589>. Acesso em: 31 de jul. de 2022.
- CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O princípio da proibição do retrocesso social como norte para o desenvolvimento do direito à saúde no Brasil. In: **CONFERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DO INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (CODE-IPEA)**, 1., 2011, Brasília. Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos. Brasília-Df: Ipea, 2011. p. 1-18. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area8/area8-artigo3.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2022.

- DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito sanitário**: São Paulo, v. 5, n. 1, mar. 2004, p. 9-17. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128>. Acesso em: 3 ag. 2022.
- DE ALMEIDA MAGALHÃES, Tamara França. A escolarização do estudante com deficiência em tempos de pandemia da Covid-19: tecendo algumas possibilidades. **Revista Interinstitucional Artes de Educar**, v. 6, p. 205-221, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/riac/article/view/53647/35501> Acesso em: 25 jul. 2022.
- FERRAJOLI, Luigi. **Los fundamentos de los derechos fundamentales**. Madrid: Trotta, 2001. 56 p. Edición de Antonio de Cabo y Gerardo Pisarello. Disponível em: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/0F63B7BF49EE94F205257D25006DC4C2/\\$FILE/Derechos_fundamentales_ferrajoli.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/0F63B7BF49EE94F205257D25006DC4C2/$FILE/Derechos_fundamentales_ferrajoli.pdf). Acesso em: 22 jul. 2022.
- GAMA NETO, R. B. . IMPACTOS DA COVID-19 SOBRE A ECONOMIA MUNDIAL. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 2, n. 5, p. 113–127, 2020. DOI: 10.5281/zenodo.3786698. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/134>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- GLOECKNER, Joseane Ledebum. A reserva do possível como limite à efetividade do direito fundamental à saúde. **A & C. Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, Belo Horizonte, ano 13, n. 51, p. 233-250, jan./mar. 2013. Disponível em <http://www.revistaaec.com/index.php/revistaec/article/view/150>. Acesso em 28 jul. 2022.
- LOPES, Cristiane Maria Sbalqueiro. **Direito de imigração: o Estatuto do Estrangeiro em uma perspectiva de direitos humanos**. Porto Alegre: Núria Fabris Ed., 2009.
- LOUREIRO, Claudia. **Refugiados e Apátridas no Direito Internacional**. Belo Horizonte: Arraes, 2018.
- LOUREIRO, Claudia. **Introdução ao Biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2009.
- MALDONADO, Viviane Nóbrega. O Poder Judiciário e o princípio da reserva do possível. **Cadernos Jurídicos**, São Paulo, ano 16, nº 40, p. 189-212, Abril-Junho/2015. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/download/EPM/Publicacoes/CadernosJuridicos/40c%2013.pdf?d=636688172701896480>. Acesso em 27 jul. 2022.
- MALHEIRO, Emerson Penha; SILVA, Luís Delcídes Rodrigues da. Covid-19: discurso, condição humana e globalização na sociedade da informação. **Revista dos Tribunais**, vol.1033, ano 110, p.253-269. São Paulo: Ed RT, 2021.
- NUNES, Izabella Vieira. Aplicação de Visual Law para eficácia do direito à autodeterminação no consentimento médico informado à luz dos direitos existenciais. 2022. 75 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2022. Disponível em <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/34717>. Acesso em 28 jul. 2022.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948. In: BITTAR, E.C.B.; ALMEIDA, G. A. de (Orgs.). **Mini-código de direitos humanos**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2008, p. 233.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global expenditure on health: Public spending on the rise? 2**. Genebra, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350560/9789240041219-eng.pdf>. Acesso em 28 de julho de 2022.

PAIM, J. S., & Silva, L. M. V. da. (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim Do Instituto De Saúde**, 12(2), 109–114. <https://doi.org/10.52753/bis.2010.v12.33772>. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33772/32575>. Acesso em 29 de julho de 2022.

RIGOTTO, R. (org) **As tramas da sustentabilidade: trabalho, meio ambiente e saúde no Ceará**. Fortaleza: Editora INESP; 2001

RIGOTTO, R. **Desenvolvimento, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

RIVABEM, Fernanda Schaefer. A dignidade da pessoa humana como valor fonte do sistema constitucional brasileiro. **Revista da Faculdade de Direito UFPR**. [S.L.], v. 43, n. 0, p. 1-19, 31 dez. 2005. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/rfdufpr.v43i0.7004>. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/direito/article/view/7004/4982>. Acesso em 29 jul. 2022.

SARLET, I. W., & Fensterseifer, T. (2010). Direito à saúde e proteção do ambiente na perspectiva de uma tutela jurídicoconstitucional integrada dos direitos fundamentais socioambientais (DESCA). **BIS. Boletim Do Instituto De Saúde**, 12(3), 248–253. <https://doi.org/10.52753/bis.2010.v12.33760>

SARLET, Ingo Wolfgang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em https://revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html. Acesso em: 28 jul. 2022.

SANDEL, Michael J. **Justiça: o que é fazer a coisa certa**. Tradução de Heloisa Matias e Maria Alice Máximo. 23º. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

SCHAEFER, Fernanda. **POPULAÇÃO ESTRANGEIRA EM SITUAÇÃO ILEGAL NO BRASIL E O ACESSO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. Disponível em: ISBN 978-65-87486-13-0. Acesso em: 28 jul. 2022.

Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS — MERCOSUL: uma agenda para integração. Organizado por Edmundo Gallo; Laís Costa. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/ST_09_Port.pdf. Acesso em 31 de julho de 2022.

SHIRATORI, Kaneji et al. Educação em saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, p. 617-619, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/d8tTH59vdJpJY7GgHhQmWNC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2022.

SOUZA, Lucas Daniel Ferreira de. A reserva do possível, o mínimo existencial e o Poder Judiciário. **Constituição, Economia e Desenvolvimento: Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional**, Curitiba, v. 4, n. 7, p. 528-546, out. 2013. Disponível em: <https://www.abdconst.com.br/revista8/reservaLucas.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2022.

STURZA, Janaína Machado; MARTINI, Sandra Regina. Para além do contexto jurídico e social interno: o direito à saúde na perspectiva internacional. p. 17-50. In: STURZA, Janaína Machado; SIPPERT, Evandro Luis; SANTOS, Juliana Oliveira. **Estado, Políticas Públicas e Direito à Saúde: Diálogos ao encontro dos Direitos Humanos**. Cabo Frio: Editora Visão, 2016.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2003, p. 589.

VENTURA, Miriam: Imigração, Saúde Global e Direitos Humanos. **Caderno de Saúde Pública**, Vol. 34 N.4 Rio de Janeiro, 2018.

WANG, Daniel Wei Liang. Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível na Jurisprudência do STF. **Revista de Direito GV**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 539-568, dez. 2008. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revdireitogv/article/view/35163/33968>. Acesso em: 27 jul. 2022.

XAVIER, S; VELASQUEZ, G. Rethinkin Global Health: A Binding Convention for R&D for Pharmaceutical Products. Research Paper, n. 42, South Centre, Geneva, 2011.