UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)

INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS (PPGRI)

MIGRAÇÃO E DIREITOS SOCIAIS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA SOBRE O ACESSO DO MIGRANTE VENEZUELANO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA NA CIDADE DE FOZ DO IGUAÇU/PR E FEIRA DE SANTANA/BA

JOÃO CARLOS SANTANA CORREIA

Foz do Iguaçu

2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)

INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RELAÇÕES INTERNACIONAIS (PPGRI)

MIGRAÇÃO E DIREITOS SOCIAIS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA SOBRE O ACESSO DO MIGRANTE VENEZUELANO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA NA CIDADE DE FOZ DO IGUAÇU/PR E FEIRA DE SANTANA/BA

JOÃO CARLOS SANTANA CORREIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais, do Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais (PPGRI), da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Relações Internacionais.

Orientadora: Prof. Dra. Karen dos Santos Honório

Foz do Iguaçu

2025

JOÃO CARLOS SANTANA CORREIA

MIGRAÇÃO E DIREITOS SOCIAIS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA SOBRE O ACESSO DO MIGRANTE VENEZUELANO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA NA CIDADE DE FOZ DO IGUAÇU/PR E FEIRA DE SANTANA/BA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais, do Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais (PPGRI), da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Relações Internacionais.

BANCA EXAMINADORA

_____
Orientadora: Prof. Dra. Karen dos Santos Honório
UNILA

_____
Prof. Dra. Paula Daniela Fernandez
Examinadora (UNILA)

_____
Prof. Dra. Laura Janaína Dias Amato
Examinadora (UNILA)

Foz do Iguaçu, 17 de novembro de 2025.

Catalogação elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação
Catalogação de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - PTI

C824m
Correia, João Carlos Santana.
Migração e direitos sociais: uma análise comparativa sobre o acesso do migrante venezuelano aos serviços de saúde pública na cidade de Foz do Iguaçu-PR e Feira de Santana-BA / João Carlos Santana Correia. – Foz do Iguaçu, 2025.
[113] f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política. Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais. Foz do Iguaçu, 2025.
Orientadora: Karen dos Santos Honório.

1. Migração - Venezuela. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Direitos sociais. 4. MERCOSUL (Organização). 5. Saúde - Governança. I. Honório, Karen dos Santos. II. Universidade Federal da Integração Latino-Americana. III. Título.

CDU 314.15:614(81)

Porque tive fome, e destes-me de comer; tive sede,
e destes-me de beber; era estrangeiro, e
hospedastes-me;

Jesus Cristo

RESUMO

O presente trabalho analisa o acesso dos migrantes venezuelanos aos serviços públicos de saúde no Brasil, com enfoque comparativo entre as cidades de Foz do Iguaçu, no Paraná, e Feira de Santana, na Bahia. A pesquisa parte do pressuposto de que o Sistema Único de Saúde (SUS), ao assegurar o princípio da universalidade, deve atender a todas as pessoas em território nacional, independentemente de nacionalidade ou condição migratória. Contudo, as evidências empíricas indicam que persistem barreiras significativas ao pleno exercício desse direito. Por meio de uma abordagem qualitativa, fundamentada em revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com gestores públicos e migrantes, o estudo identifica os principais entraves enfrentados por essa população: dificuldades de documentação, barreiras linguísticas, falta de preparo intercultural dos profissionais e episódios de discriminação institucional. A análise comparativa revela que Foz do Iguaçu, por situar-se em região de fronteira e contar com ações articuladas de acolhimento humanitário, apresenta maior capacidade institucional de resposta, enquanto Feira de Santana demonstra limitações estruturais e menor integração entre políticas municipais e federais. O trabalho conclui que, embora o arcabouço normativo brasileiro e os acordos regionais do Mercosul representem avanços relevantes, sua efetividade depende da consolidação de uma governança multinível que una esforços federais, estaduais e locais. Assim, reforça-se a necessidade de políticas públicas inclusivas, com enfoque em direitos humanos e justiça social, para garantir o acesso equitativo dos migrantes aos serviços de saúde.

Palavras-chave: migração venezuelana. Sistema Único de Saúde. direitos sociais. Mercosul. governança em saúde.

RESUMEN

El presente trabajo analiza el acceso de los migrantes venezolanos a los servicios públicos de salud en Brasil, con un enfoque comparativo entre las ciudades de Foz do Iguaçu, en Paraná, y Feira de Santana, en Bahía. La investigación parte del supuesto de que el Sistema Único de Salud (SUS), al garantizar el principio de universalidad, debe atender a todas las personas en el territorio nacional, con independencia de su nacionalidad o condición migratoria. No obstante, la evidencia empírica indica que persisten barreras significativas para el pleno ejercicio de ese derecho. Mediante un abordaje cualitativo, fundamentado en revisión bibliográfica, análisis documental y entrevistas con gestores públicos y migrantes, el estudio identifica los principales obstáculos que enfrenta esa población: dificultades de documentación, barreras lingüísticas, falta de preparación intercultural de los profesionales y episodios de discriminación institucional. El análisis comparativo revela que Foz do Iguaçu, por situarse en una región fronteriza y contar con acciones articuladas de acogida humanitaria, presenta una mayor capacidad institucional de respuesta, mientras que Feira de Santana evidencia limitaciones estructurales y una menor integración entre las políticas municipales y federales. El trabajo concluye que, aunque el marco normativo brasileño y los acuerdos regionales del Mercosur representan avances relevantes, su efectividad depende de la consolidación de una gobernanza multinivel que articule esfuerzos federales, estatales y locales. Así, se refuerza la necesidad de políticas públicas inclusivas, con un enfoque en los derechos humanos y la justicia social, para garantizar el acceso equitativo de los migrantes a los servicios de salud.

Palabras clave: migración venezolana. Sistema Único de Salud. derechos sociales. Mercosur. gobernanza en salud.

ABSTRACT

This study analyzes Venezuelan migrants' access to public health services in Brazil, focusing on a comparative perspective between the cities of Foz do Iguaçu (Paraná) and Feira de Santana (Bahia). The research is based on the assumption that the Unified Health System (SUS), grounded on the principle of universality, must ensure healthcare for everyone in the national territory regardless of nationality or migration status. However, empirical evidence shows that significant barriers persist to the full realization of this right. Using a qualitative approach – combining literature review, document analysis, and interviews with public managers and migrants – the study identifies the main obstacles faced by migrants, such as documentation difficulties, language barriers, lack of intercultural training among health professionals, and institutional discrimination. The comparative analysis reveals that Foz do Iguaçu, due to its border location and structured humanitarian response, demonstrates stronger institutional capacity, whereas Feira de Santana faces structural limitations and weaker coordination among governmental levels. The research concludes that although Brazil's legal framework and Mercosur's regional agreements represent important progress, their effectiveness relies on the consolidation of multi-level governance integrating federal, state, and local actions. Therefore, inclusive public policies based on human rights and social justice are essential to ensure equitable access of migrants to health services.

Keywords: Venezuelan migration. Unified Health System. Social rights. Mercosur. Health governance.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSVM	Cátedra Sérgio Vieira de Mello
ILAESP	Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
OIM	Organização Internacional para as Migrações
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONUBR	Escritório das Nações Unidas no Brasil
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PPGRI	Programa de Pós-Graduação em Relações Internacionais
RNE	Registro Nacional de Estrangeiros
RNM	Registro Nacional Migratório
SGT 11	Subgrupo de Trabalho nº 11 (Saúde) do Mercosul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUL	União de Nações Sul-Americanas
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

PRÉ-TEXTUAIS

Capa · Folha de rosto · Folha de aprovação · Epígrafe

RESUMO · RESUMEN · ABSTRACT

Listas de siglas e ilustrações · Sumário

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 13

Contextualização 13

Problema e pergunta de pesquisa 13

Hipótese e definição conceitual 14

Objetivo geral e objetivos específicos 14

Justificativa 15

Metodologia 16

Periodização 18

Estrutura do trabalho 19

Limitações da pesquisa 20

CAPÍTULO 1 – MIGRAÇÕES E GOVERNANÇA NA SAÚDE 22

1.1 Migrações Internacionais no Século XXI e suas Modalidades: panorama geral 22

1.2 Direitos Sociais e Migração: a questão do acesso a saúde 27

1.3 Governança Global da Saúde: conceitos gerais 29

1.4 Governança Regional da Saúde no Mercosul 32

1.4.1 Contexto Histórico e criação do Mercosul (1991) 33

1.4.2 Mercosul e Governança da Saúde 36

1.4.3 A Estrutura da Saúde no Mercosul, Subgrupo de Trabalho 11 (SGT 11) e outros temas correlatos 43

1.4.4 A Importância de uma Integração Regional Eficiente 46

1.4.5 Desafios e Perspectivas para a Saúde no Mercosul 49

CAPÍTULO 2 – MIGRAÇÃO VENEZUELANA NO BRASIL E O ACESSO A SAÚDE 53

2.1. A Situação Migrante no Brasil 53

2.2 O Acesso do Migrante Venezuelano ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil . 57

2.3 Regularização Documental para Utilização do Sistema Único de Saúde no Brasil pelo Migrante ou Refugiado 62

2.4 Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde dos Imigrantes 64

CAPÍTULO 3 – A MIGRAÇÃO VENEZUELANA E O ACESSO À SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE FOZ DO IGUAÇU E FEIRA DE SANTANA 67

3.1 Contexto da migração venezuelana no Brasil e a posição do Brasil no acolhimento 70
3.2 Caracterização comparada das duas cidades: população, PIB e indicadores 74
3.3 A gestão da saúde pública no contexto da migração 77
3.4 Foz do Iguaçu: estrutura institucional e respostas locais, com destaque à UNILA 78
3.5 Feira de Santana: desafios e limitações na atenção à saúde dos migrantes 84
3.6 Análise comparativa: diferenças e similaridades 90
3.7 Recomendações para a governança da saúde em contextos migratórios 94
3.7.1 Eixo nacional (União) 95
3.7.2 Eixo estadual 96
3.7.3 Eixo municipal 96
3.7.4 Propostas específicas: Foz do Iguaçu (consolidação e sustentabilidade) 97
3.7.5 Propostas específicas: Feira de Santana (estruturação e visibilidade) 98
CONSIDERAÇÕES FINAIS 99
REFERÊNCIAS 103

INTRODUÇÃO

Contextualização

Nas últimas décadas, o fenômeno migratório tem se intensificado em diversas regiões do mundo, impulsionado por uma série de fatores econômicos, sociais e políticos. A crise humanitária vivida pela Venezuela é um dos exemplos mais evidentes dessa realidade, tendo resultado na migração em massa de cidadãos em busca de melhores condições de vida em países vizinhos, como o Brasil. Esse fluxo migratório crescente tem gerado uma série de desafios, principalmente no que se refere ao acesso dos migrantes aos direitos sociais básicos, entre os quais se destaca o direito à saúde.

No contexto brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido por garantir a universalidade do acesso aos serviços de saúde, independentemente de contribuição, nacionalidade ou situação migratória do indivíduo. No entanto, na prática, os migrantes venezuelanos têm enfrentado uma série de barreiras para usufruir desse direito, especialmente em cidades que são polos de acolhimento, como é o caso de Foz do Iguaçu, no Paraná. O aumento da demanda sobre o SUS, somado a questões como a falta de documentação, as barreiras linguísticas e culturais e a discriminação, tem dificultado a prestação de serviços adequados a essa população.

Problema e pergunta de pesquisa

É nesse cenário que se situa o problema desta pesquisa: a distância entre a garantia formal do direito à saúde e a sua efetivação concreta para a população migrante, em municípios com capacidades institucionais e realidades socioeconômicas distintas. Este trabalho buscará responder à seguinte pergunta: *de que forma o Sistema Único de Saúde (SUS) tem respondido às demandas dos migrantes venezuelanos em cidades brasileiras com realidades econômicas*

diferentes, e que recebem esse fluxo migratório, como Foz do Iguaçu e Feira de Santana?

Hipótese e definição conceitual

A hipótese central deste estudo é que, embora o SUS tenha um arcabouço normativo que assegura a universalidade do acesso à saúde, na prática essa garantia encontra limitações significativas devido às diferenças econômicas entre as regiões do Brasil, que refletem diretamente na qualidade da prestação dos serviços de saúde para atender às especificidades da população migrante.

Cumpre precisar, desde logo, um conceito central para este estudo. Emprega-se a expressão *universalidade normativa* para designar a garantia do direito à saúde tal como inscrita no plano das normas, destacando-se a Constituição Federal de 1988, a Lei de Migração, os Tratados Internacionais – especialmente os que versam sobre direitos humanos -, e os acordos regionais. O termo dialoga criticamente com o que a teoria do direito denomina *normativismo*: a concepção, associada a Hans Kelsen, segundo a qual a validade do direito reside no próprio sistema de normas, independentemente de sua eficácia social (KELSEN, 2009; BOBBIO, 1995). A tensão explorada nesta dissertação é justamente essa: a norma pode ser válida e universal e, ainda assim, não se efetivar no território, razão pela qual a análise desloca o foco do texto legal para as condições concretas de sua realização.

Objetivo geral e objetivos específicos

A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar como o sistema de saúde público brasileiro tem respondido ao fluxo migratório venezuelano, com foco no acesso ao SUS nas cidades de Foz do Iguaçu (PR) e Feira de Santana (BA). A escolha dessas cidades se deve ao fato de representarem realidades distintas no que diz respeito à concentração de migrantes e à infraestrutura de saúde disponível,

permitindo uma análise comparativa sobre as diferentes estratégias adotadas para o atendimento dessa população.

Para alcançá-lo, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

a) sistematizar o referencial teórico sobre migrações internacionais, direitos sociais e governança global e regional da saúde, com ênfase no papel do Mercosul;

b) caracterizar a migração venezuelana no Brasil, a posição do país no acolhimento dessa população e o marco normativo que assegura o acesso dos migrantes ao SUS;

c) comparar as respostas locais de Foz do Iguaçu e de Feira de Santana, considerando seus contextos socioeconômicos, suas estruturas institucionais e suas redes de acolhimento;

d) analisar a situação do povo indígena Warao em Feira de Santana como expressão das barreiras interculturais à efetivação do direito à saúde; e

e) propor recomendações de governança multinível para o aprimoramento das políticas públicas de saúde voltadas à população migrante.

Justificativa

A relevância desta pesquisa sustenta-se em três planos. No plano social, a migração venezuelana constitui um dos maiores deslocamentos populacionais da história recente da América do Sul, e o acesso à saúde é condição básica de dignidade para essa população, em especial para grupos de vulnerabilidade acentuada, como o povo indígena Warao. No plano acadêmico, o estudo preenche uma lacuna: a literatura sobre migração e saúde no Brasil concentra-se nas regiões de fronteira e nas capitais, sendo escassos os trabalhos que comparam realidades subnacionais distintas, motivo pelo qual escolhemos para estudos nessa pesquisa um polo fronteiriço estruturado no Sul e um município do interior nordestino, e raríssimos os que documentam a presença Warao no interior da Bahia. No plano das políticas públicas, a pesquisa visa produzir conhecimento aplicável: além de examinar as

barreiras enfrentadas pelos migrantes venezuelanos no Brasil, propõe recomendações para a melhoria das políticas de saúde voltadas a essa população, especialmente no contexto das áreas de fronteira e das regiões mais afetadas pelo fluxo migratório, organizadas pelos eixos federativos nacional, estadual e municipal.

Metodologia

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de natureza descritiva e analítica, organizada como um estudo de casos múltiplos de caráter comparado, tomando como unidades de análise os municípios de Foz do Iguaçu (PR) e Feira de Santana (BA). A escolha do método comparativo justifica-se pelo objetivo de evidenciar como diferentes configurações político-administrativas, capacidades institucionais e redes locais de apoio condicionam a efetivação do direito à saúde dos migrantes venezuelanos, a partir de um mesmo marco normativo nacional.

A construção do objeto apoiou-se na triangulação de três fontes de evidência, de modo a conferir maior consistência aos achados. A primeira consistiu em revisão bibliográfica da literatura nacional e internacional sobre migrações internacionais, direitos sociais, governança da saúde e integração regional, que fundamentou o referencial teórico-conceitual do trabalho. A segunda baseou-se em análise documental de fontes primárias e institucionais, entre as quais legislação e normativas federais (Lei nº 13.445/2017, portarias do Ministério da Saúde e diretrizes nacionais de atenção à saúde do migrante), relatórios de organismos internacionais (ACNUR e OIM), documentos oficiais municipais (notas e comunicados das prefeituras de Foz do Iguaçu e de Feira de Santana), atos do poder legislativo local (ofícios e requerimentos das Câmaras Municipais e registros de audiências públicas) e dados de bases migratórias (OBMigra). A terceira fonte consistiu em pesquisa de campo, conduzida especificamente para este estudo, combinando a aplicação de um questionário e a realização de entrevistas.

O questionário foi elaborado e aplicado por meio da plataforma Google Forms, no período de março a julho de 2025, junto a migrantes venezuelanos egressos da

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), cujos contatos foram disponibilizados pela própria instituição. O instrumento foi enviado a dez egressos, tendo-se obtido cinco respostas. O questionário contemplou três dimensões principais: (i) o perfil sociodemográfico e migratório do respondente (sexo, idade, tempo de permanência no Brasil e condição migratória); (ii) o processo de regularização documental e suas dificuldades; e (iii) o acesso ao Sistema Único de Saúde, abrangendo a posse do Cartão Nacional de Saúde, a utilização de serviços, a avaliação do atendimento recebido (em escala de 1 a 5), a existência de barreiras linguísticas, a orientação sobre direitos, as principais dificuldades enfrentadas, a percepção sobre a acessibilidade do sistema, o eventual apoio recebido de organizações da sociedade civil e sugestões de melhoria. As respostas foram consolidadas a partir do relatório geral gerado pela plataforma e tratadas de forma agregada, com finalidade exploratória e ilustrativa.

Foram ainda realizadas duas entrevistas, em formato remoto, conduzidas a partir de roteiro semiestruturado e devidamente gravadas. As entrevistadas foram Carla Silva, assistente social e militante do Movimento Nacional da População em Situação de Rua, responsável pelo acolhimento do grupo Warao quando de sua chegada a Feira de Santana, e Maria Helena Besnosik, professora aposentada da UEFS e militante do movimento. A escolha das interlocutoras deveu-se à sua atuação direta no acolhimento do povo Warao no município, o que lhes confere conhecimento privilegiado sobre as condições de acesso dessa população aos serviços de saúde e assistência. O tratamento do material empírico, respostas do questionário e relatos das entrevistas, seguiu uma análise qualitativa de base interpretativa, orientada à identificação dos principais eixos temáticos relativos às barreiras de acesso (documentais, linguísticas, culturais e institucionais) e às respostas locais a essas barreiras.

Por fim, registra-se que, no decurso da pesquisa, buscou-se obter dados oficiais junto à Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. Realizou-se reunião presencial com o então secretário municipal, ocasião em que foi assumido o compromisso de envio de dados oficiais sobre o atendimento à população migrante; tais dados, contudo, não foram disponibilizados até a conclusão deste trabalho. Essa lacuna informacional, longe de ser meramente acidental, é tratada na análise como

um dado em si mesmo, indicativo do grau de institucionalização, ou de sua ausência, das políticas voltadas à população migrante no município.

Periodização

O recorte temporal desta pesquisa compreende o período de 2015 a 2025. O marco inicial justifica-se pela intensificação do fluxo migratório venezuelano em direção ao Brasil a partir de 2015, decorrente do agravamento da crise socioeconômica e política na Venezuela, que transformou um deslocamento até então pontual em um dos movimentos populacionais mais expressivos da América do Sul no século XXI. Ao longo desse intervalo situam-se eventos determinantes para a compreensão do objeto: a promulgação da Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017), que reconheceu o migrante como sujeito de direitos; a implementação da Operação Acolhida, em 2018, e sua política de interiorização, responsável pela redistribuição de migrantes para municípios de diferentes regiões, entre eles Foz do Iguaçu; e, já ao final do período, episódios que evidenciam a fragilidade da integração local, como a evasão do coletivo Warao de Feira de Santana, em novembro de 2024, e o retorno parcial do grupo em novembro de 2025.

O termo final do recorte, em 2025, coincide com a realização da pesquisa de campo que fundamenta a análise comparativa, garantindo a atualidade dos dados primários. Cumpre ressaltar, contudo, que a delimitação proposta não constitui um corte rígido: sempre que necessário à compreensão do contexto, a análise recorre a marcos anteriores, como a Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde, e o Tratado de Assunção de 1991, que fundou o Mercosul, tratados aqui como antecedentes normativos e institucionais indispensáveis à interpretação do período em estudo.

Estrutura do trabalho

Para além desta introdução e das considerações finais, o presente trabalho está organizado em três capítulos. O primeiro capítulo, de caráter teórico-conceitual, estabelece os fundamentos para a análise: discute as migrações internacionais no século XXI e suas distintas modalidades, examina a relação entre direitos sociais e migração, com ênfase no direito à saúde, e apresenta os conceitos de governança global e de governança regional da saúde, detendo-se na experiência do Mercosul, em seu contexto histórico, na estrutura do Subgrupo de Trabalho nº 11 (SGT 11) e nos desafios da integração sanitária regional.

O segundo capítulo desloca a análise para o plano nacional, caracterizando a situação do migrante venezuelano no Brasil e o seu acesso ao Sistema Único de Saúde. Abordam-se, nesse percurso, os processos de regularização documental exigidos para a utilização dos serviços de saúde e as diretrizes nacionais voltadas à atenção à saúde dos imigrantes, evidenciando a distância entre a garantia normativa da universalidade e a sua efetivação prática.

O terceiro capítulo constitui o núcleo empírico da dissertação, ao desenvolver a análise comparativa entre Foz do Iguaçu (PR) e Feira de Santana (BA). Inicia pela contextualização da migração venezuelana e pela posição ocupada pelo Brasil no acolhimento dessa população, seguida de uma caracterização comparada das duas cidades quanto a indicadores demográficos e socioeconômicos. Em seguida, examina a gestão da saúde pública em cada município, destacando, em Foz do Iguaçu, a atuação da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) e da rede local de acolhimento e, em Feira de Santana, a situação do povo indígena Warao, para então sistematizar diferenças e similaridades e propor recomendações de governança da saúde em contextos migratórios, organizadas pelos eixos nacional, estadual e municipal. Por fim, as considerações finais retomam a pergunta de pesquisa, avaliam a hipótese inicial à luz dos achados e apontam as contribuições, as limitações e uma agenda para estudos futuros.

Limitações da pesquisa

Como toda investigação de natureza qualitativa e de escopo delimitado, este trabalho apresenta limitações que devem ser explicitadas, tanto por honestidade metodológica quanto porque, em alguns casos, as próprias limitações constituem achados relevantes sobre o objeto estudado.

A primeira diz respeito ao alcance da pesquisa de campo. O questionário aplicado obteve cinco respostas, de um total de dez egressos venezuelanos contatados por intermédio da Universidade Estadual de Feira de Santana. Trata-se, portanto, de uma amostra reduzida e não probabilística, cujos resultados possuem caráter exploratório e ilustrativo, não comportando generalização estatística. Antes de invalidar a análise, contudo, a própria dificuldade de obtenção de respostas é indicativa de um traço estrutural do fenômeno estudado: a baixa visibilidade e a difícil rastreabilidade da população migrante, que se reflete na escassez de registros, na fragilidade dos vínculos institucionais e na ausência de canais sistemáticos de escuta. A limitação amostral, nesse sentido, dialoga com o argumento central da invisibilidade institucional do sujeito migrante.

A segunda limitação refere-se ao perfil dos respondentes do questionário. Por se tratar de egressos do ensino superior, esse grupo não representa o conjunto da população venezuelana no município, em especial o povo indígena Warao, que se encontra em condição de vulnerabilidade significativamente mais acentuada e cuja realidade foi apreendida, neste estudo, por via documental e pelo relato de interlocutoras diretamente envolvidas em seu acolhimento, e não por inquérito direto.

A terceira limitação concerne à assimetria das fontes entre os dois casos comparados. Enquanto a análise de Feira de Santana se beneficiou de dados primários, questionário e entrevistas, a caracterização de Foz do Iguaçu apoiou-se predominantemente em fontes documentais e secundárias, tais como atos do poder legislativo municipal, planos e relatórios institucionais e produções da Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Essa diferença de bases empíricas, reconhecida desde já, não compromete a comparação, mas circunscreve o alcance das inferências sobre a experiência de Foz do Iguaçu, que se sustenta sobre o registro institucional disponível.

Por fim, registra-se a impossibilidade de acesso a dados oficiais da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. Apesar de reunião presencial com o gestor municipal e do compromisso então assumido de fornecimento de informações, os dados não foram disponibilizados até a conclusão da pesquisa. Tal lacuna, mais do que um obstáculo operacional, é interpretada como manifestação concreta do baixo grau de institucionalização das políticas migratórias no município, coerente, portanto, com o diagnóstico que o trabalho apresenta.

CAPÍTULO 1 – MIGRAÇÕES E GOVERNANÇA NA SAÚDE

As migrações contemporâneas, muitas vezes motivadas por crises humanitárias, econômicas e ambientais, destacam a necessidade de sistemas de saúde adaptados para atender populações diversas e em situações de vulnerabilidade. Governança na saúde, nesse contexto, refere-se à capacidade de articular políticas, recursos e ações de forma integrada, respeitando princípios de equidade, universalidade e direitos humanos.

O presente capítulo deste trabalho tem como objetivo analisar as interseções entre migrações e governança na saúde, oferecendo um panorama das modalidades migratórias contemporâneas, das garantias de direitos sociais dos migrantes, e dos mecanismos globais e regionais de governança em saúde, com especial atenção ao papel desempenhado pelo Mercosul.

1.1 Migrações Internacionais no Século XXI e suas Modalidades: panorama geral

As modalidades e dinâmicas das migrações internacionais foram historicamente moldadas por fatores econômicos, políticos, sociais e ambientais. No entanto, a partir do século XXI, as migrações de crise se intensificaram, sejam elas decorrentes de crises econômicas, políticas, conflitos internos e externos, ou ainda de desastres ambientais. Esse novo contexto reflete uma mudança na compreensão das migrações, que agora envolvem não apenas a busca por melhores perspectivas econômicas, mas também a fuga de emergências e insegurança. Elas agora incluem uma variedade de formas, tais como as temporárias, circulares, forçadas e causadas por crises ambientais.

> Os movimentos migratórios internacionais no Brasil e na América Latina reforçam a tendência de configuração de espaços transnacionais, o que exige novas abordagens teóricas para compreender suas modalidades e complexidades (Guarizo, apud, Baeninger,2014).

A globalização, que intensificou a interconexão entre países e regiões, também ampliou a mobilidade de pessoas, impulsionada tanto por razões econômicas quanto por desastres naturais, guerras e perseguições políticas. Esses novos contextos

impõem desafios ao entendimento tradicional das migrações e demandam a formulação de novos conceitos (Baeninger, 2014).

Nesse sentido, a migração internacional se confunde com a própria história humana, e constitui um fenômeno influenciado por fatores econômicos, sociais, políticos e ambientais, refletindo a necessidade de compreensão ampla para a formulação de políticas públicas eficazes. O fluxo migratório e o nomadismo, por exemplo, são fenômenos presentes ao longo da história, influenciados por diversos fatores, como mudanças climáticas, conflitos, busca por melhores condições de vida e transformações econômicas.

As teorias da migração internacional e os padrões contemporâneos de fluxos migratórios oferecem *insights* valiosos para abordar este desafio global. Essas teorias procuram explicar as causas, os processos e os impactos dos movimentos populacionais através das fronteiras. Estas podem ser categorizadas em diversas abordagens, incluindo teorias neoclássicas, a nova economia da migração, teorias de sistemas mundiais, e teorias de redes migratórias.

Abordagens Neoclássicas postulam que a migração é motivada por diferenças econômicas entre regiões, levando indivíduos a migrar de áreas com salários mais baixos para áreas com salários mais altos, visando a maximização de seus ganhos (Massey et al., 1993a, b, 2021). A teoria neoclássica é uma das mais tradicionais na explicação da migração internacional e tem raízes na economia clássica. Ela postula que os movimentos migratórios são resultado de desequilíbrios no mercado de trabalho entre os países de origem e os países de destino. Ou seja, a migração ocorre porque os trabalhadores buscam melhorar suas condições econômicas, movendo-se de países onde a oferta de trabalho é baixa e os salários são menores, para regiões com alta demanda de trabalho e melhores remunerações (Harris; Todaro, 1970). Neste contexto, a migração é vista como um processo voluntário, motivado por escolhas racionais dos indivíduos em busca de maximização de seus rendimentos. Isso significa que os indivíduos migram não por força ou por uma necessidade de sobrevivência, mas pelo desejo de tentarem prosperar mais economicamente em outro país mais desenvolvido economicamente, como o caso de brasileiros que migram para os Estados Unidos e Canadá, por exemplo.

A Nova Economia da Migração sugere que decisões migratórias são tomadas não apenas por indivíduos isoladamente, mas por famílias ou unidades domésticas, como estratégia para diversificar e minimizar riscos econômicos (Massey, 2021). A

teoria da nova economia da migração surge como uma crítica à abordagem neoclássica, destacando que as decisões migratórias não são puramente individuais, mas envolvem toda a unidade familiar. A migração, sob essa perspectiva, é uma estratégia coletiva que visa minimizar riscos econômicos e melhorar as condições de vida da família como um todo (Stark; Bloom, 1985). Essa teoria também reconhece a importância de fatores além da diferença salarial, como a diversificação de fontes de renda e a busca por segurança em contextos de mercados instáveis.

Já as Teorias de Sistemas Mundiais enfatizam que a migração internacional é parte integrante do capitalismo global, associada à penetração do capitalismo em áreas tradicionais e à formação de mercados mundiais de trabalho (Massey, 2021). Essa teoria oferece uma visão mais ampla e estrutural da migração internacional, argumentando que os fluxos migratórios estão intrinsecamente conectados às dinâmicas do capitalismo global. De acordo com essa abordagem, a migração é um subproduto das desigualdades criadas pela expansão do sistema capitalista, que gera relações de dependência entre os países centrais (desenvolvidos) e os países periféricos (subdesenvolvidos). A migração, assim, é uma manifestação das disparidades econômicas globais e das pressões exercidas pelas potências econômicas sobre os países menos desenvolvidos (Wallerstein, 1974). Nesse sentido, a globalização tem papel fundamental na intensificação dos fluxos migratórios contemporâneos, visto que ela amplia as interconexões econômicas, sociais e políticas entre os países.

Por fim, temos as Teorias de Redes Migratórias que destacam a importância das redes sociais e das comunidades migrantes no destino, que facilitam a migração de outros membros por meio de informações e recursos. Aqui se enfatiza o papel das relações interpessoais nos processos migratórios. Segundo essa abordagem, os migrantes constroem e mantêm redes sociais que conectam os países de origem aos países de destino, facilitando a migração ao reduzir os custos e riscos associados a ela (Massey et al., 1993). Essas redes são compostas por familiares, amigos e membros de comunidades que já migraram, oferecendo suporte emocional, financeiro e prático aos novos migrantes. Assim, as migrações, que são verdadeiras diásporas modernas, tendem a se perpetuar ao longo do tempo, criando padrões migratórios duradouros entre regiões específicas.

Nos dias de hoje, os fluxos migratórios são marcados por uma complexidade crescente. Além das migrações por motivos econômicos, há um aumento significativo

de migrações forçadas, como refugiados e solicitantes de asilo, impulsionados por conflitos armados, perseguições políticas e crises ambientais. Segundo o relatório de 2022 da Organização Internacional para as Migrações (OIM), mais de 280 milhões de pessoas vivem atualmente fora de seus países de origem, e uma parte considerável desse contingente é composta por migrantes forçados.

As migrações forçadas, em que indivíduos são obrigados a deixar seus países de origem devido a conflitos armados, perseguições políticas ou desastres ambientais, exigem atenção especial. Esses migrantes, muitas vezes refugiados ou deslocados internos, necessitam de garantias de direitos, principalmente acesso a serviços essenciais como saúde e proteção social. A intensificação de conflitos, como no Oriente Médio e na África, e o agravamento das mudanças climáticas, impulsionaram esses fluxos migratórios massivos (Almeida; Baeninger, 2009, p. 25). No século XXI, crises políticas e sociais, como a da Venezuela, e os impactos das mudanças climáticas intensificaram esse tipo de migração (Bertino et al., 2018). Os migrantes venezuelanos, por exemplo, deixam seu país devido a uma grave crise interna, o que demanda um enfoque específico dos países de acolhimento, sobretudo em relação à integração social e ao acesso a serviços de saúde.

Ainda navegando no mar conceitual das migrações, destacamos também as temporárias e circulares, visto que os fluxos de trabalhadores têm se tornado uma característica marcante, especialmente em regiões de fronteira e em países que dependem de mão-de-obra imigrante para setores específicos da economia. A migração circular, por exemplo, caracteriza-se por movimentos de ida e volta, muitas vezes sazonais, em que o migrante não pretende uma mudança definitiva de residência, mas se desloca entre países para atender demandas de trabalho em períodos específicos. De acordo com Wenden (2001), “essa forma de migração tem crescido em países da Europa e da América Latina, como resposta à demanda por trabalhadores em setores agrícolas e industriais de baixa remuneração” (Wenden, 2001, p. 12).

A reestruturação produtiva global também trouxe à tona novas modalidades migratórias associadas ao deslocamento de trabalhadores qualificados. Esses migrantes, muitas vezes chamados de "cérebros em fuga", são profissionais capacitados que buscam oportunidades em países com melhores condições de trabalho e maiores incentivos para a pesquisa científica e tecnológica. Segundo Castles e Miller (2003), “a migração de profissionais qualificados tornou-se um

fenômeno global, que reflete a competitividade entre países na busca por talentos para fortalecer suas economias baseadas no conhecimento” (CASTLES; MILLER, 2003, p. 46).

Contudo, é importante destacar que a "fuga de cérebros" não se manifesta apenas no deslocamento físico de profissionais para outro país. Observa-se, também, uma "fuga de serviços", onde profissionais altamente qualificados, ainda que residindo em seu país de origem, prestam serviços para empresas e instituições estrangeiras. Esse fenômeno, evidenciado em casos como o de programadores indianos que trabalham remotamente para empresas do Vale do Silício, pode gerar perda de capital intelectual e impactos no mercado de trabalho local, que sofre com a escassez de mão de obra qualificada.

A intensificação da globalização e o desenvolvimento de novas tecnologias de comunicação e transporte também influenciam os padrões migratórios contemporâneos, facilitando o deslocamento de pessoas entre fronteiras. Entretanto, essas transformações são acompanhadas por políticas migratórias cada vez mais restritivas em diversas partes do mundo, criando novos desafios para a gestão dos fluxos migratórios globais.

As políticas migratórias dos países de destino têm um papel imprescindível na modelagem desses fluxos, variando de abordagens restritivas a políticas mais abertas, visando atrair mão de obra qualificada ou atender a necessidades humanitárias.

Compreender as diferentes modalidades e dinâmicas das migrações internacionais no século XXI é essencial para a formulação de políticas públicas que atendam às demandas dessa população em deslocamento. No contexto das migrações de crise e das mudanças nos padrões migratórios, emerge a necessidade de abordar, de maneira integrada, as questões que envolvem o acesso a direitos fundamentais, como saúde e proteção social. Diante disso, a próxima seção explora como os direitos sociais, em especial o direito à saúde, são garantidos aos migrantes, destacando os desafios e as iniciativas, tanto em nível nacional quanto regional, que buscam assegurar a inclusão desses indivíduos nos sistemas de proteção social.

1.2 Direitos Sociais e Migração: a questão do acesso a saúde

A promoção de direitos sociais, no que diz respeito ao migrante, requer uma interação entre políticas econômicas, sociais e direitos humanos. Dada a complexidade da questão devido a fatores dos mais diversos já abordado ou que ainda serão abordados neste trabalho, a cooperação entre os países se torna uma das formas mais viáveis para a consecução de tais objetivos, especialmente por intermédio da integração regional. Embora essa via tradicionalmente tenha sido voltada para questões comerciais e econômicas, ela pode ser utilizada como meio de promover direitos sociais, pois é capaz de demonstrar na prática a interdependência entre o desenvolvimento econômico e o progresso social. No entanto, é importante destacar que essa não é a única abordagem possível, mas uma estratégia que pode potencializar os esforços para garantir a inclusão e a proteção social dos migrantes.

A integração regional na América Latina tem experimentado uma crescente ampliação de seus temas nas últimas décadas, temas como educação, saúde, trabalho e segurança social ganham espaço nas agendas políticas regionais. Este movimento é uma resposta direta às desigualdades socioeconômicas persistentes na região e à necessidade de promover um desenvolvimento mais inclusivo e equitativo e também um entendimento por parte dos países de que objetivos nessas áreas podem ser melhor alcançados se pensados a partir de uma lógica regional.

Os direitos sociais são um conjunto de prerrogativas que têm por objetivo garantir aos indivíduos condições mínimas de vida digna, incluindo aspectos como saúde, educação, trabalho, moradia, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e assistência aos desamparados. No Brasil, esses direitos são assegurados pela Constituição Federal em seu artigo 6º, estabelecendo um marco legal e social para a construção de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades e à promoção da inclusão social.

No que diz respeito à saúde como proteção social, a Constituição Federal garante a todos o acesso aos serviços públicos de saúde, conforme preceitua o STF e legislação brasileira infraconstitucional, por se tratar de direito humano fundamental.

A dignidade da pessoa humana é um princípio fundamental, reconhecido universalmente como a base dos direitos humanos. A dignidade é inerente a cada indivíduo, uma condição que exige respeito absoluto, independente de nacionalidade,

status social ou circunstâncias econômicas. Esse princípio é refletido em diversos documentos internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que estabelece o direito à saúde como um direito fundamental de todo ser humano.

O direito à saúde é reconhecido como um direito humano essencial, que deve ser garantido sem discriminação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Nesse sentido, os migrantes, independentemente de seu status legal, têm o direito de acessar serviços de saúde que assegurem esse estado de bem-estar.

Entretanto, na prática, os migrantes frequentemente enfrentam barreiras para acessar serviços de saúde, incluindo dificuldades linguísticas, falta de informação, medo de deportação e discriminação. Essas barreiras violam o princípio da dignidade da pessoa humana, pois negam a indivíduos o direito a um aspecto fundamental para a realização de uma vida digna

No contexto brasileiro, o acordo de residência do Mercosul é um dos principais instrumentos que facilita a integração e proteção dos direitos dos cidadãos dos países-membros e países associados. Embora não seja a única forma de garantir a inclusão social dos migrantes, esse acordo representa um caminho promissor para a regularização da situação migratória, permitindo que os migrantes acessem direitos semelhantes aos dos cidadãos locais, incluindo o direito à saúde. A cooperação regional, nesse sentido, pode atuar como um catalisador para potencializar a promoção de direitos sociais, uma vez que facilita o intercâmbio de boas práticas e a coordenação de políticas públicas entre os países. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) garante acesso universal à saúde, independentemente da nacionalidade ou da situação migratória dos indivíduos, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e reforçado pela Lei de Migração (Lei n.º 13.445/2017). No entanto, a grande questão que se coloca é: como tornar esses direitos efetivos e acessíveis a todos os migrantes, de forma equitativa e inclusiva?

Essa discussão sobre a promoção dos direitos sociais dos migrantes no Brasil e na região do Mercosul também deve ser inserida em um contexto mais amplo, de governança global da saúde, pois, como um direito fundamental, transcende as fronteiras nacionais e exige uma abordagem coordenada e multilateral. A governança global da saúde envolve a articulação de políticas e ações de diversos atores, como

Estados-nação, organizações internacionais e a sociedade civil, para garantir que as respostas às crises e necessidades de saúde sejam globais, já que as doenças e desafios sanitários não respeitam fronteiras. Dessa forma, o conceito de governança global da saúde se conecta diretamente com a necessidade de garantir o acesso à saúde para todos, incluindo os migrantes, reforçando a importância da cooperação internacional.

1.3 Governança Global da Saúde: conceitos gerais

Antes de examinar a governança global da saúde, se faz útil precisar os termos. Seguindo a distinção clássica de Ulrich Beck (1999), globalização designa o processo empírico de intensificação das redes de interdependência (econômica, comunicacional, sanitária) que atravessam as fronteiras nacionais; globalismo, por sua vez, refere-se à ideologia que reduz essa multidimensionalidade à sua face econômica, tratando o mercado mundial como força autorreguladora que dispensaria a ação política dos Estados. A distinção importa para este trabalho porque a governança global da saúde constitui, precisamente, a resposta política à globalização: o reconhecimento de que doenças, migrações e determinantes sociais da saúde não respeitam fronteiras e, portanto, exigem coordenação entre Estados, organismos internacionais e atores não estatais, e não a mera confiança nas forças do mercado (BECK, 1999; KICKBUSCH, 2002).

Governança global da saúde refere-se ao conjunto de políticas, instituições, normas e processos internacionais que visam coordenar esforços para proteger e promover a saúde pública em nível global. Trata-se de uma articulação que envolve diversos atores, como Estados-nação, organizações internacionais - como a Organização Mundial da Saúde (OMS) -, organizações não governamentais (ONGs), além de empresas privadas e a sociedade civil. O principal objetivo da governança global da saúde é garantir que a saúde pública seja abordada como uma questão global, uma vez que doenças e crises de saúde não respeitam fronteiras e exigem uma resposta coordenada entre países.

De acordo com Kickbusch (2002), a governança global da saúde “envolve múltiplos atores, com diferentes papéis e responsabilidades, que trabalham juntos

para promover a saúde global em um mundo interconectado". O conceito emerge em um contexto de crescente globalização, onde os fluxos de bens, pessoas e capital entre fronteiras aumentam a interdependência dos países em relação à saúde pública. Desafios como pandemias, doenças transmissíveis e até problemas relacionados ao estilo de vida, como obesidade e doenças crônicas, são fenômenos que exigem uma resposta colaborativa, dada sua disseminação global.

Além da OMS, a governança global da saúde envolve organizações como a Organização Internacional para as Migrações (OIM), o Banco Mundial, o Fundo Monetário Internacional (FMI), além de iniciativas regionais e acordos multilaterais que buscam enfrentar crises de saúde com impacto global, como a pandemia de COVID-19, que evidenciou as fragilidades e a importância de uma coordenação internacional robusta (KICKBUSCH, 2002).

No que diz respeito às migrações internacionais, não há dificuldade em se perceber que estão intimamente ligadas à governança global da saúde, uma vez que os fluxos de migrantes têm impactos diretos nos sistemas de saúde dos países de destino, e os migrantes, por sua vez, enfrentam desafios específicos relacionados ao acesso a serviços de saúde. A migração internacional pode tanto contribuir para a disseminação de doenças quanto para a exposição de vulnerabilidades que necessitam de atenção global. Como ressaltado por Baeninger (2014), os deslocamentos populacionais ampliam os desafios da governança global, especialmente na área da saúde, já que os migrantes frequentemente enfrentam barreiras de acesso aos serviços essenciais.

Migrantes em situações irregulares ou que enfrentam processos migratórios forçados, como refugiados, podem estar em condições de saúde extremamente vulneráveis, necessitando de cuidados médicos imediatos ao chegarem aos países de acolhimento. A governança global da saúde, portanto, busca lidar com essas questões, promovendo diretrizes que garantam o acesso universal à saúde, independentemente da condição migratória.

O conceito de "saúde global" reconhece que problemas de saúde não são isolados em fronteiras nacionais e que as populações migrantes, ao transitarem entre países, podem expor vulnerabilidades que precisam ser enfrentadas de forma coordenada. Segundo a OMS, um dos pilares da governança global da saúde é a cooperação internacional para garantir que migrantes e refugiados tenham acesso a

cuidados de saúde adequados, conforme os direitos humanos internacionais (World Health Organization, 2017).

Portanto, a governança global da saúde desempenha um papel fundamental na implementação de políticas que garantam a equidade no acesso à saúde, especialmente para populações vulneráveis, como os migrantes. Iniciativas como o Pacto Global sobre Migração Segura (*Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration*) que é o primeiro acordo internacional abrangente sobre a migração, negociado entre os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), incluem diretrizes específicas sobre o acesso dos migrantes aos cuidados de saúde, reforçando a importância de uma abordagem coordenada e inclusiva (UNITED NATIONS, 2018). Esse pacto foi adotado em dezembro de 2018 durante a Conferência Intergovernamental em Marraquexe, Marrocos, e posteriormente ratificado pela Assembleia Geral da ONU. Seu objetivo é promover uma abordagem cooperativa entre as nações para lidar com os fluxos migratórios, assegurando que as migrações ocorram de maneira segura, ordenada e regular, com respeito aos direitos humanos dos migrantes e promovendo a cooperação internacional para enfrentar os desafios associados à migração.

No contexto da governança global da saúde, o Pacto Global sobre Migração reconhece que o acesso a cuidados de saúde é um direito fundamental que deve ser garantido a todos os migrantes, independentemente de seu status migratório. O documento reforça a necessidade de políticas de saúde inclusivas, que levem em consideração as necessidades específicas de populações migrantes e que promovam a saúde como um bem público global.

Além disso, o pacto apela aos Estados para que eliminem barreiras ao acesso dos migrantes aos serviços de saúde, garantindo que sistemas de saúde pública sejam inclusivos e sensíveis às necessidades dos migrantes, particularmente em situações de vulnerabilidade, como trabalhadores informais, mulheres, crianças e refugiados.

Por fim, cumpre destacar a importância da utilização das diretrizes e princípios da governança global da saúde pelo Mercosul, que bem promovendo a cooperação entre seus membros e articulando suas ações com organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A integração regional proporcionada pelo Mercosul contribui para a

implementação das estratégias globais de saúde em nível regional, assegurando que os princípios de equidade, acesso e inclusão sejam seguidos.

A seguir, trataremos mais pormenorizadamente a respeito do Mercosul.

1.4 Governança Regional da Saúde no Mercosul

Por Governança Regional da Saúde entende-se as ações coordenadas entre um grupo de países de uma mesma região geográfica, que compartilham desafios e oportunidades comuns no campo da saúde pública. A governança regional está mais focada na cooperação entre vizinhos e no desenvolvimento de soluções regionais que se adaptem às particularidades políticas, sociais, econômicas e culturais dos países envolvidos. Um exemplo claro de governança regional da saúde é o trabalho realizado no Mercosul, onde políticas comuns são desenvolvidas para enfrentar questões regionais, como vigilância epidemiológica, controle de doenças transmissíveis, e promoção de saúde para migrantes e trabalhadores.

No Mercosul, por exemplo, o Subgrupo de Trabalho nº 11 (SGT 11), sobre o qual nos debruçaremos mais detalhadamente adiante, é responsável pela coordenação das políticas de saúde pública entre os países membros, promovendo a integração dos sistemas de saúde para facilitar o acesso universal aos serviços de saúde para os cidadãos do bloco e migrantes que circulam entre os países. Além disso, o Mercosul se concentra em políticas específicas, como o controle de doenças regionais (dengue, zika, febre amarela), acesso a medicamentos essenciais, e a saúde do trabalhador (BAENINGER, 2014).

Quadro 1 - Resumo comparativo dos conceitos de Governança Global e Regional da Saúde

Aspectos	Governança Global da Saúde	Governança Regional da Saúde
Âmbito	Internacional, envolvendo a cooperação entre países de todo o mundo.	Regional, com foco em um grupo de países com desafios comuns.
Organismos	OMS, Banco Mundial, Fundo Global, ONGs internacionais.	Mercosul, União Europeia, Comunidade Andina, OPAS.

Desafios	Desigualdade no acesso à saúde entre países, falta de coordenação global.	Desigualdade nos sistemas de saúde entre países membros, crises migratórias regionais.
	Resposta à pandemia de COVID-19, programas globais de vacinação e combate a doenças.	Planos regionais de vigilância epidemiológica, Acordo de Residência do Mercosul.
Populações-alvo	Toda a população global, com foco especial em países em desenvolvimento.	Cidadãos dos países membros e migrantes que circulam entre os países da região.
Objetivo	Promover o acesso universal à saúde em escala global.	Coordenar políticas de saúde para enfrentar desafios regionais.

Fonte: autoria própria com base nos conceitos apresentados ao longo do trabalho (2025).

No que diz respeito ao Mercosul, a maneira como a saúde é tratada possui grande relevância para o desenvolvimento deste trabalho, especialmente considerando a importância do Mercosul como o principal e mais longevo bloco econômico da América do Sul, com mais de duas décadas de existência, bem como a necessidade de proteção à saúde dos migrantes, de modo que a governança sanitária regional se torna elemento central desta análise. Nesse contexto, considerando que este trabalho busca expor as principais dificuldades enfrentadas pelos migrantes venezuelanos no acesso ao sistema de saúde brasileiro, torna-se fundamental compreender a dinâmica da governança em saúde no âmbito do Mercosul. Tal entendimento é essencial para proporcionar respaldo legal e administrativo, visando assegurar ao migrante um atendimento digno e adequado no SUS.

1.4.1 Contexto Histórico e criação do Mercosul (1991)

O Mercado Comum do Sul (Mercosul) foi oficialmente criado em 26 de março de 1991, com a assinatura do Tratado de Assunção por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai (MERCOSUL, 1991). O objetivo principal do tratado era estabelecer um mercado comum, permitindo a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos entre os países membros. Inicialmente formado por esses quatro países, o bloco foi posteriormente expandido com a inclusão da Venezuela (atualmente suspensa) e da Bolívia (em processo de adesão). A criação do Mercosul representou um avanço

significativo na integração econômica da América do Sul, promovendo o aumento das trocas comerciais e o fortalecimento das relações políticas e diplomáticas entre os países signatários.

Cumpre destacar que a saúde não figurava entre os objetivos fundacionais do bloco: a dimensão sanitária não surge no Mercosul para promover a saúde como fim em si mesma, mas para auxiliar a integração econômica. Nos primeiros anos, voltados à eliminação de barreiras tarifárias e à criação da Tarifa Externa Comum (TEC), a agenda sanitária ingressou na pauta do bloco de forma instrumental, com o propósito de harmonizar normas e regulamentos sanitários que operavam como barreiras não-tarifárias ao comércio intrarregional. Foi somente com o amadurecimento institucional, em especial após o Protocolo de Ouro Preto (1994), que conferiu ao bloco personalidade jurídica internacional e instituiu o Conselho do Mercado Comum (CMC) e o Grupo Mercado Comum (GMC) (MERCOSUL, 1994), e com a criação do Subgrupo de Trabalho nº 11 (SGT 11), em 1996, que a saúde passou a constituir campo próprio de cooperação, evoluindo gradualmente de tema acessório do comércio para objeto de políticas regionais voltadas ao bem-estar das populações.

Nos primeiros anos, o Mercosul concentrou-se na eliminação de barreiras tarifárias e na criação de uma tarifa externa comum (TEC). Em 1994, com a assinatura do Protocolo de Ouro Preto, ganhou personalidade jurídica internacional e instituiu suas principais estruturas institucionais, como o Conselho do Mercado Comum (CMC) e o Grupo Mercado Comum (GMC) (Mercosul, 1994). Esses avanços consolidaram a base jurídica e institucional do bloco, permitindo maior coordenação e cooperação entre os países membros.

Na década de 2000, o Mercosul passou por uma fase de expansão, mas não sem grandes desafios. Em 2006, a Venezuela foi admitida como membro pleno do bloco, um movimento que visava fortalecer a integração sul-americana. No entanto, a adesão da Venezuela foi marcada por controvérsias e dificuldades políticas, culminando em sua suspensão em 2016 devido à violação dos princípios democráticos do Mercosul (Mercosul, 2016).

Durante esse período, o Mercosul também enfrentou desafios econômicos e comerciais, como crises econômicas internas nos países membros e a necessidade de adaptar-se às mudanças no cenário econômico global. A busca por maior integração com outros blocos econômicos e a negociação de acordos de livre

comércio com países fora da região tornaram-se prioridades para o Mercosul, visando diversificar e expandir suas parcerias comerciais.

Desde sua fundação, o Mercosul tem buscado a integração econômica e comercial entre seus membros. Contudo, ao longo de sua trajetória, o bloco enfrentou inúmeros desafios econômicos e comerciais que impactaram a sua eficácia e o alcance de seus objetivos.

Um dos principais desafios enfrentados no âmbito do bloco é a desigualdade econômica entre seus países membros. Brasil e Argentina são as maiores economias, enquanto Paraguai e Uruguai possuem economias menores e mais dependentes. Essa disparidade gera assimetrias no poder de negociação e na capacidade de implementação de políticas econômicas integradas.

As diferenças econômicas também se refletem nas políticas fiscais e monetárias de cada país, dificultando a harmonização das políticas macroeconômicas. Além disso, a disparidade nas infraestruturas de transporte e logística entre os países membros aumenta os custos de transação e dificulta a integração comercial plena.

Outro ponto que merece destaque são as políticas de negociação relacionadas às barreiras tarifárias. Apesar dos avanços na redução dessas barreiras internas, ainda existem barreiras não-tarifárias que dificultam o comércio intra-bloco. Normas técnicas, empecilhos sanitários e fitossanitárias, além de regulamentações distintas entre os países, continuam a representar obstáculos significativos para o comércio livre e eficiente dentro do Mercosul.

Essas barreiras não-tarifárias aumentam os custos de conformidade para as empresas e limitam a competitividade dos produtos no mercado regional. Essas normas precisam ser mais harmônicas, contribuindo para a redução das barreiras não-tarifárias, tão essenciais para fomentar o comércio intrabloco e aumentar a integração entre os países membros.

As crises econômicas internas nos países membros também têm impactado negativamente o Mercosul. Crises como a recessão econômica no Brasil e a crise financeira na Argentina afetam a estabilidade econômica do bloco, reduzindo o comércio e os investimentos internos.

Essas crises levam a políticas protecionistas e ao aumento de barreiras comerciais, dificultando a cooperação econômica. Além disso, as crises econômicas

internas resultam em uma maior volatilidade cambial, o que afeta as transações comerciais e os fluxos de investimento.

O Mercosul possui acordos que facilitam a mobilidade dos cidadãos dentro da região. O Acordo sobre Residência para Nacionais dos Estados Partes do Mercosul, já citado anteriormente, permite que os migrantes obtenham residência em qualquer país do bloco com relativa facilidade, o que inclui o direito ao acesso aos serviços de saúde. Este acordo é crucial para garantir que os migrantes não percam o acesso a cuidados de saúde quando se deslocam entre países membros.

O fortalecimento do Mercosul contribui para que os migrantes tenham acesso contínuo e igualitário aos serviços de saúde. A harmonização das políticas de saúde e os acordos de mobilidade podem assegurar que os migrantes não sejam discriminados e possam usufruir dos mesmos benefícios que os cidadãos locais. Além disso, a cooperação em saúde pública e programas regionais tendem a aumentar a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde, resultando em melhor resultados de saúde para todos os residentes da região, em especial os migrantes.

O Mercosul tem o potencial de promover uma integração regional fundamental para melhorar o acesso dos migrantes aos serviços básicos de saúde em seus países membro. Através de políticas em comum, atuando harmonicamente, acordos de mobilidade e programas de cooperação, é possível assegurar a todos os cidadãos, independentemente de sua nacionalidade, o acesso a cuidados de saúde de qualidade. Este esforço conjunto não só beneficia os migrantes, mas também fortalece a coesão social e a saúde pública na região.

1.4.2 Mercosul e Governança da Saúde

Antes de iniciarmos a exposição a respeito da saúde do migrante propriamente dita, entendemos ser pertinente desfazermos alguns mitos que circundam o debate a respeito dos fluxos migratórios no mundo, e o primeiro deles, e talvez o mais relevante, diz respeito às migrações em direção aos países mais ricos do planeta.

Não é exagero afirmar que o consenso popular certamente considera os países mais desenvolvidos como o destino principal dos migrantes ao redor do mundo, bem como as notícias divulgadas por jornais e programas de televisão sugerem não

apenas que a migração está crescendo de forma descontrolada, mas também que os migrantes estão invadindo os países ricos, especialmente os Estados Unidos e os da Europa Ocidental. Essa imagem de invasão descontrolada tem sido utilizada para justificar políticas migratórias restritivas, ou seja, o aumento das restrições de ingresso e permanência de pessoas nos territórios dos países desenvolvidos. Na verdade, essa é uma daquelas falácias que de tanto se repetir criam a aparência de verdade, sem na verdade o ser. Dados da ONU mostram, por exemplo, que a Ásia abrigava 80 milhões de pessoas migrantes em 2017, o que representa quase um terço dos migrantes internacionais, número significativamente maior do que o da América do Norte, que recebeu 58 milhões de migrantes no mesmo período, e quase equivalente ao da Europa (78 milhões) (Ventura, 2019)

Apesar dos números de migrantes no chamado norte global ser maior (146 milhões, segundo a ONU), há pelo menos 112 milhões de migrantes vivendo no sul global, onde estão localizados a maior parte dos países em desenvolvimento. Ventura (2019) também nos traz a interessante informação de que o fluxo de migrantes do Sul para o Norte está diminuindo. Embora a quantidade de migrantes atualmente seja maior no Norte (que representa 57% dos migrantes no mundo) do que no Sul (43%), 61% dos migrantes estrangeiros que vivem no Norte nasceram no Sul, enquanto 39% nasceram no Norte. Por outro lado, 87% dos migrantes do Sul nasceram no próprio Sul, e apenas 13% nasceram na região Norte.

> O fluxo de migrantes nascidos no Sul em direção a outro país da mesma região (38%) já superou o seu fluxo em direção ao Norte (35%). Assim, dos migrantes nascidos no Sul, 89 milhões dirigiram-se ao Norte, ao passo que 97 milhões migraram em direção ao próprio Sul. Em 1990, esse número de migrantes nascidos no Sul e acolhidos em outro país do próprio Sul era de cerca de 57 milhões, o que revela um aumento de cerca de 70% quando se consideram os dados de 2017 (Ventura, 2019).

Nessa perspectiva da migração, a professora Deisy Ventura (2019) acrescenta que a maior parte desses migrantes se deslocam de seus países, na maioria das vezes, em busca de oportunidades de trabalho, oportunidades essas que sofreram uma modificação significativa após a globalização econômica, que gera demandas diferentes de trabalho conforme o momento, o que vai impactar diretamente nos contingentes de migrantes que se deslocam entre países.

Os migrantes internacionais desempenham um papel crucial no desenvolvimento econômico dos países que os acolhem, frequentemente

preenchendo lacunas específicas no mercado de trabalho e compensando as baixas taxas de natalidade em determinadas nações. De modo geral, os migrantes contribuem com o pagamento de impostos, impulsionam as economias locais e promovem suas culturas nas sociedades que valorizam a diversidade. Ademais, uma parcela significativa desses migrantes auxilia no sustento de suas famílias em seus países de origem por meio de remessas, ou seja, valores enviados ao exterior por meio de transações bancárias (Ventura, 2019).

O Pacto Global para a Migração Segura, Ordenada e Regular, aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 19 de dezembro de 2018, representa um marco histórico no reconhecimento dos direitos dos migrantes e no estabelecimento de diretrizes globais para a gestão da migração. Este documento não vinculativo visa promover a cooperação internacional na gestão dos fluxos migratórios, assegurando a proteção dos direitos humanos dos migrantes e o respeito à soberania dos Estados (ONU, 2018).

No âmbito das Relações Internacionais e do Direito, o Pacto Global surge como uma resposta aos desafios crescentes impostos pelos fluxos migratórios globais. A migração internacional afeta profundamente as relações entre os Estados, exigindo uma abordagem multilateral para garantir que os direitos dos migrantes sejam respeitados e que os Estados possam gerir de maneira eficiente e humana os movimentos de pessoas através das fronteiras.

O Pacto é fundamentado em princípios de direitos humanos e solidariedade internacional, buscando harmonizar políticas nacionais e regionais com os padrões internacionais. Entre seus 23 objetivos, destacam-se a proteção dos direitos dos migrantes, a facilitação da migração segura e regular, a redução dos fatores adversos e estruturais que impedem as pessoas de construir e manter meios de subsistência sustentáveis em seus países de origem, e a provisão de acesso a serviços básicos, incluindo a saúde (ONU, 2018).

> O pacto é um mecanismo de cooperação entre os Estados, sem caráter obrigatório, contendo apenas recomendações para sua atuação neste tema. Segundo o texto, cada Estado mantém intacta sua soberania para criar e aplicar regras sobre ingresso, permanência e saída de seu território (Ventura, 2019).

É essencial, portanto, entender por que o direito humano à saúde de migrantes e refugiados encontra tantas dificuldades para ser efetivado. Ressaltamos que atores

locais, sejam governamentais ou não, podem se apropriar do marco internacional dos direitos humanos em sua luta interna pelo reconhecimento dos direitos dos migrantes e refugiados, especialmente no campo da saúde (Ventura, 2019)

No contexto do Mercosul, proteção da saúde dos migrantes é uma preocupação central especialmente devido ao crescente fluxo migratório entre os países membros. Este bloco econômico possui uma base jurídica robusta que permite exigir dos Estados membros, incluindo o Brasil, a implementação de políticas públicas voltadas para a proteção da saúde dos migrantes (Mercosul, 2010).

Entre os principais instrumentos jurídicos que tratam da saúde no Mercosul, destaca-se o Estatuto da Cidadania do Mercosul, que estabelece direitos e deveres dos cidadãos dos países membros, incluindo o direito à saúde. Este estatuto visa promover a inclusão e a igualdade de oportunidades para todos os cidadãos do Mercosul, independentemente de sua nacionalidade.

O desenvolvimento do Estatuto da Cidadania do Mercosul teve início com o Plano de Ação de *Ciudad del Este*, assinado em 2010, que estabeleceu as bases para a criação de um espaço de cidadania regional no Mercosul. O estatuto busca criar condições para que os cidadãos dos países membros possam exercer seus direitos de forma plena em qualquer país do bloco, de maneira semelhante ao que ocorre na União Europeia. Entre os direitos garantidos, destacam-se a livre circulação de pessoas, a integração dos sistemas de seguridade social e o acesso a serviços públicos, como saúde e educação (Mercosul, 2010).

O acesso à saúde é um dos principais pontos de integração do bloco. O estatuto prevê que os cidadãos dos países membros tenham acesso aos serviços de saúde pública em igualdade de condições com os nacionais. Isso é particularmente importante para os migrantes que se deslocam em busca de melhores oportunidades de vida ou que estão em situação de vulnerabilidade, como os refugiados venezuelanos que buscam assistência médica no Brasil e na Argentina.

Outro aspecto central do Estatuto da Cidadania do Mercosul é a integração dos sistemas de seguridade social entre os países membros. Isso permite que os trabalhadores migrantes acumulem tempo de serviço em diferentes países do bloco e tenham seus direitos previdenciários respeitados. O Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercosul, assinado em 1997 e ratificado pelo Brasil a partir do Decreto nº 5.722, de 13 de março de 2006, garante que os cidadãos possam somar contribuições para a aposentadoria e outros benefícios sociais, independentemente de onde tenham

trabalhado no bloco (Mercosul, 1997). Importa salientar que, juridicamente, a Seguridade Social é composta pela saúde, previdência social e assistência social.

A saúde é considerada um dos direitos fundamentais de todo ser humano pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) – integralidade, equidade e universalidade – estão intrinsecamente relacionados aos direitos humanos, garantindo o acesso gratuito à saúde para todas as pessoas em território nacional (Santos; Medeiros, 2017). No entanto, certos fatores, como a desigualdade social, dificuldades específicas enfrentadas por grupos vulneráveis e a falta de preparo para o atendimento intercultural, prejudicam o acesso aos serviços de saúde, especialmente em meio aos novos fluxos migratórios no Brasil.

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, conforme expresso no artigo 196. Este princípio foi reforçado pela Lei de Imigração (Lei nº 13.445/2017), que visa garantir a igualdade de direitos entre nacionais e estrangeiros no acesso aos serviços de saúde (BrasiL, 1988; Brasil, 2017). Contudo, a realidade enfrentada pelos migrantes revela uma série de desafios que comprometem o pleno exercício deste direito.

O SUS, desde sua criação, busca assegurar a universalidade do acesso aos serviços de saúde, sem discriminação. No entanto, a prática cotidiana mostra que a falta de documentação, barreiras linguísticas, preconceitos e a carência de políticas específicas para atender a diversidade cultural dos migrantes dificultam a implementação efetiva deste princípio (Santos; Medeiros, 2017). Essas barreiras resultam em um atendimento inadequado e muitas vezes excludente, que não considera as particularidades dos migrantes.

A globalização tem impactado significativamente a saúde populacional, com efeitos que transcendem fronteiras nacionais. De acordo com Guerra e Ventura (2017), a integração regional surge como estratégia para superar barreiras e promover o direito universal à saúde, enfrentando desafios que incluem desigualdades e barreiras culturais no acesso a serviços essenciais. As migrações contemporâneas evidenciam a necessidade de políticas transnacionais para assegurar a saúde como um direito humano, especialmente em contextos de crise.

Na América Latina, a integração regional é vista como uma oportunidade para fortalecer a cooperação em saúde e enfrentar os desafios impostos pela globalização (Franco-Giraldo, 2016). A criação de políticas públicas que promovam a saúde como

um bem público global é essencial para garantir que os migrantes tenham acesso a serviços de saúde de qualidade.

O conceito de saúde global promove a colaboração interinstitucional e internacional, que é crucial para responder às necessidades de saúde dos migrantes. A OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) têm defendido a promoção da saúde global como uma estratégia para melhorar o bem-estar das populações, incluindo os migrantes (OMS, 2006).

Dito isto, percebe-se a integração regional no âmbito do Mercado Comum do Sul (Mercosul) como uma oportunidade importantíssima no que diz respeito à possibilidade de melhoria do acesso dos migrantes aos serviços de saúde. No contexto dos direitos humanos, a saúde é um direito fundamental reconhecido tanto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto pelos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil (OMS, 2006).

A integração regional no Mercosul tem o potencial de harmonizar as políticas de saúde entre os países membros, criando um sistema mais coeso e eficiente. A Comissão de Saúde do Mercosul trabalha para criar diretrizes comuns que os países devem seguir, garantindo que os migrantes possam acessar serviços de saúde essenciais independentemente do país em que se encontrem (Mercosul, 2021).

A governança na saúde pública refere-se ao conjunto de políticas, práticas e estruturas administrativas que visam assegurar que os serviços de saúde sejam acessíveis, equitativos e eficazes. Também envolve a coordenação e regulação de políticas e ações que visam garantir o acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde para toda a população. Em um contexto globalizado, essa governança deve considerar também os direitos dos migrantes, que muitas vezes enfrentam barreiras significativas ao acesso à saúde.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa um exemplo de governança complexa e inclusiva, oferecendo acesso universal e gratuito aos serviços de saúde para toda a população (Ventura, 2013). O SUS é fundamentado em princípios de universalidade, integralidade e equidade, e tem como desafio constante a inclusão de populações vulneráveis, como os migrantes.

O direito à saúde é um princípio fundamental dos direitos humanos, reconhecido em diversos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário. No entanto, os migrantes, especialmente aqueles em situação irregular, frequentemente enfrentam barreiras para acessar os serviços de saúde. Essas barreiras incluem

desde a falta de documentação até questões culturais e linguísticas (Ventura, 2013). A ausência de uma política clara de inclusão desses grupos vulneráveis no sistema de saúde pública representa um desafio significativo para a governança em saúde.

Para melhorar a inclusão dos migrantes nos sistemas de saúde, é fundamental que as políticas públicas sejam baseadas em princípios de justiça social e direitos humanos. Isso inclui a criação de políticas que garantam o acesso aos serviços de saúde independentemente da situação migratória, além da formação de profissionais de saúde para lidar com as necessidades específicas dessa população (Ventura, 2013). Um exemplo de boas práticas nesse sentido é o programa de cooperação em saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), que é uma iniciativa que visa fortalecer os sistemas de saúde dos países membros e promover o acesso equitativo à saúde, especialmente em contextos de mobilidade populacional. A mobilidade de pessoas entre os países da CPLP, frequentemente marcada por migrações econômicas e deslocamentos forçados, demanda esforços conjuntos para garantir a universalidade e a integralidade da assistência. Esse programa prioriza ações coordenadas em áreas como vigilância epidemiológica, capacitação de profissionais de saúde, combate a doenças transmissíveis e fortalecimento da atenção básica. Além disso, promove a troca de experiências e boas práticas entre os países membros, contribuindo para a redução de desigualdades em saúde e para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

A governança da saúde pública no Brasil enfrenta uma série de contradições, como a coexistência de um sistema público abrangente com uma crescente participação do setor privado. Isso cria uma dualidade que pode dificultar a inclusão de populações vulneráveis, como os migrantes, que frequentemente não têm acesso a planos de saúde privados (Ventura, 2013). Além disso, a falta de coordenação entre os diferentes níveis de governo e a ausência de mecanismos de transparência e participação social no processo de tomada de decisão são obstáculos adicionais à implementação de políticas inclusivas.

Para fortalecer a governança da saúde pública e garantir o direito à saúde dos migrantes, são necessárias várias medidas. Primeiramente, deve-se promover a integração dos serviços de saúde com outras políticas públicas, como habitação e educação, para abordar de maneira abrangente as necessidades dos migrantes. Em segundo lugar, é essencial melhorar a coleta de dados sobre saúde migrante para informar melhor as políticas públicas. Finalmente, a promoção da cooperação

internacional pode ajudar a compartilhar melhores práticas e desenvolver estratégias comuns para enfrentar os desafios da saúde migrante (Ventura, 2013).

1.4.3 A Estrutura da Saúde no Mercosul, Subgrupo de Trabalho 11 (SGT 11) e outros temas correlatos

A saúde pública no Mercosul é regida por uma série de acordos e mecanismos institucionais que visam harmonizar políticas e promover o bem-estar da população. O Subgrupo de Trabalho 11 (SGT 11), criado pela Resolução GMC no 151/1996, é um dos principais órgãos responsáveis pela governança em saúde. Ele é composto por três comissões principais: Produtos para a Saúde, Vigilância em Saúde e Serviços de Atenção à Saúde, cada uma delas focada em aspectos específicos da saúde pública e da regulação sanitária.

O SGT 11 atua como um fórum para o desenvolvimento e a implementação de políticas de saúde que atendam às necessidades comuns dos países membros. Este grupo facilita a troca de informações, a cooperação técnica e a harmonização de normas, contribuindo para uma maior integração regional na área da saúde.

O direito à saúde dos migrantes é uma questão central no contexto do Mercosul, especialmente considerando a crescente mobilidade de pessoas entre os países membros.

De acordo com a Metodologia de Trabalho do SGT 11, o grupo inicialmente estabeleceu uma frequência de quatro reuniões ordinárias anuais. No entanto, devido a questões financeiras e logísticas, houve esforços para reduzir este número e realizar reuniões de forma virtual ou com menos comissões participantes (Metodologia de trabalho para o SGT n.º 11 Saúde/Mercosul, 2005).

Desde a criação do Mercosul, o SGT 11 tem se reunido periodicamente, acumulando várias dezenas de reuniões ao longo dos anos. Um exemplo recente é a LV Reunião Ordinária do SGT 11, realizada em outubro de 2021 por videoconferência, sob a Presidência Pro Tempore do Brasil (Câmara dos Deputados, 2021).

Os Acordos de Residência do Mercosul, promulgados em 2009, são um exemplo de como o bloco se esforça para facilitar a integração dos migrantes. Esses acordos garantem que os cidadãos dos Estados membros tenham acesso a serviços

de saúde em condições de igualdade com os nacionais do país em que residem. Esta política é fundamental para assegurar que os migrantes tenham acesso aos cuidados de saúde necessários, independentemente de sua condição migratória.

A transferência de políticas é um mecanismo essencial para a governança em saúde no Mercosul. O bloco atua como um facilitador, promovendo a adoção de boas práticas e políticas exitosas entre seus membros. A transferência de políticas no Mercosul ocorre por meio de uma governança facilitada, onde a soberania nacional é respeitada, mas os Estados são incentivados a adotar políticas harmonizadas para alcançar objetivos comuns.

Este processo de transferência é evidenciado na área da saúde, onde o Mercosul tem facilitado a adoção de políticas comuns para o controle de doenças transmissíveis e a regulação de medicamentos. Por meio de reuniões regulares e da colaboração entre técnicos de saúde dos países membros, o SGT 11 tem desempenhado um papel crucial na implementação de políticas de saúde que beneficiam tanto os cidadãos quanto os migrantes.

Trazendo nosso enfoque ao tema geral dessa sessão, podemos afirmar que a governança na saúde no Mercosul envolve a coordenação e a cooperação entre os países membros para a formulação e implementação de políticas de saúde. A Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul é um dos principais mecanismos de governança, onde são discutidas e acordadas as políticas e iniciativas de saúde a serem adotadas pelos países membros (Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, 2021).

A estrutura institucional do Mercosul é composta por órgãos deliberativos e consultivos que desempenham funções específicas no processo de integração. São exemplos de órgãos deliberativos, o Conselho do Mercado Comum (CMC), o Grupo Mercado Comum (GMC) e a Comissão de Comércio do Mercosul (CCM). Estes órgãos são responsáveis por formular e implementar políticas que promovam a integração regional.

A criação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul foi um passo importante nesse sentido, estabelecendo critérios comuns para o registro de profissionais de saúde no bloco. Sua criação se deu como parte dos esforços do bloco para promover a integração regional no campo da saúde. A matriz tem como objetivo harmonizar os critérios de registro e intercâmbio de informações sobre profissionais de saúde nos países membros, contribuindo para a mobilidade profissional e o planejamento conjunto de recursos humanos em saúde.

Essa ferramenta é essencial para enfrentar desafios regionais, como a escassez de profissionais em áreas vulneráveis, a padronização de dados e o reconhecimento mútuo de qualificações. Além disso, apoia a formulação de políticas baseadas em evidências e o fortalecimento da governança em saúde no Mercosul.

Outro ponto que merece atenção é a cooperação transfronteiriça, pois é essencial para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde nas regiões de fronteira. Estudos mostram que as migrações transfronteiriças aumentaram nos últimos anos, criando novas demandas de atenção à saúde. A Declaração Sociolaboral do Mercosul, aprovada em 1998, e o Acordo de Permissão de Residência, Estudo e Trabalho para Nacionais Fronteiriços, promulgado pelo Decreto nº 5.105/2002, são exemplos de iniciativas que visam facilitar a mobilidade de cidadãos e a cooperação entre os países membros.

Conforme discutido por Machado, Paula e Aguiar Filho (2007), a distribuição desigual de recursos humanos em saúde é um desafio significativo no Mercosul. Dados mostram que a razão de médicos por 10 mil habitantes varia consideravelmente entre os países membros, com valores que vão de 4,9 no Paraguai a 43,8 no Uruguai. Além disso, a formação e a qualificação dos profissionais de saúde variam amplamente entre os Estados Partes, dificultando a implementação de políticas uniformes. (Fórum Mercosul, 2010)

Esses dados demonstram que, apesar da existência de acordos e tratados, assim como de grupos e subgrupos específicos que tratam da saúde no âmbito do Mercosul, na prática ainda há um longo caminho a ser percorrido para que esses instrumentos se traduzam em ações efetivas. As disparidades regionais internas do Brasil, as barreiras linguísticas e culturais, e a falta de harmonização plena entre os países-membros do Mercosul, evidenciam que, no dia a dia, os migrantes continuam a enfrentar obstáculos significativos no acesso aos serviços de saúde. Isso reforça a necessidade de pesquisas que possam investigar a realidade concreta dessas políticas e de seu impacto.

Ainda assim, as informações apresentadas até o momento constituem uma base importante, inclusive no campo jurídico, para a garantia do direito de acesso à saúde por parte dos migrantes. Os tratados e acordos firmados no âmbito do Mercosul, embora muitas vezes subutilizados, podem ser invocados judicialmente e/ou como ferramentas de proteção dos direitos fundamentais dos migrantes, contribuindo para que esses direitos sejam efetivados.

1.4.4 A Importância de uma Integração Regional Eficiente

O acesso aos sistemas de saúde pelo migrante constitui uma temática complexa e urgente, que se entrelaça com os campos das Relações Internacionais, Direitos Humanos e Direito Internacional Público, refletindo diretamente na qualidade de vida e no acesso aos serviços de saúde por parte dessa população. O debate acadêmico e político nesse contexto tem se concentrado em torno da necessidade de superar barreiras linguísticas, culturais e legais para garantir o direito universal à saúde de maneira efetiva, conforme buscaremos elucidar no decorrer desta pesquisa.

Apesar dos esforços para incorporar os princípios de equidade, universalidade e não discriminação na assistência à saúde dos imigrantes, é perceptível dificuldades significativas no acesso aos serviços. A dificuldade de comunicação devido à barreira linguística e a falta de preparo dos profissionais e gestores de saúde em lidar com as especificidades socioculturais e legais dos imigrantes são apontadas como obstáculos críticos (Guerra; Ventura, 2017).

Neste contexto, a integração regional emerge como um pilar fundamental para a construção de uma resposta coordenada e eficaz no acesso a saúde, rompendo desafios impostos pela realidade dos serviços na região. A cooperação entre países, por meio de blocos econômicos como o Mercosul e iniciativas como a Unasul-Saúde, destaca-se como estratégia para promover a integração econômica, política, social e cultural, visando não apenas o desenvolvimento econômico, mas também a garantia dos direitos fundamentais, incluindo a saúde (Mercosul, 1991; Unasul, 2008).

Além disso, a organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde se apresenta como uma abordagem promissora para superar lacunas assistenciais e otimizar recursos. A experiência do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, com ênfase na cogestão da clínica e na valorização dos aspectos sociais e subjetivos do cuidado, oferece a estrutura necessária capaz de aprimorar a formulação de políticas que considerem as peculiaridades do contexto migratório (Mendes, 2010; Campos, 2010).

No entanto, para que tais iniciativas sejam bem-sucedidas, temos que trabalhar pela adoção de uma perspectiva que transcenda as fronteiras nacionais, reconhecendo a natureza transnacional da migração e a necessidade de políticas que

promovam a coesão social, a inclusão e a garantia de direitos em um mundo cada vez mais globalizado (Santos, 1997; Taran Et Al., 2009).

A análise dos reflexos da imigração na assistência em saúde em regiões de fronteira, como a experiência com imigrantes venezuelanos no Brasil, sublinha a importância de se abordar a questão migratória de maneira integral, considerando as vulnerabilidades e necessidades específicas dessa população. A barreira do idioma, em particular, destaca-se como um fator crítico que pode agravar a vulnerabilidade dos imigrantes e obstaculizar seu acesso aos cuidados de saúde necessários.

Portanto, a integração regional e a saúde do migrante exigem um olhar multidisciplinar e ações conjuntas entre países, envolvendo não só a esfera da saúde, mas também as políticas de imigração, direitos humanos e desenvolvimento social e econômico, para assegurar uma resposta efetiva e humanitária aos desafios impostos pela mobilidade humana no século XXI (Brasil, 2020; Unasul, 2008).

Nesse aspecto, importante trazer à baila as noções de “consciência regional” e “identidade regional”, posto que são temas com definições ainda vagas e imprecisas. Assim, Hurrell (1995) argumenta que não é possível ignorá-los, e muitos analistas acreditam que eles são cada vez mais essenciais para entender o regionalismo moderno.

Todas as regiões são até certo ponto subjetivas e podem ser compreendidas usando o que Emanuel Adler (Hurrell, 1995 *apud* Adler, 1990) chamou de "regiões cognitivas". De maneira análoga às nações, as regiões podem ser percebidas como construções imaginárias de pessoas que se fundamentam em mapas mentais, destacando certos atributos enquanto negligenciam outros. A discussão acadêmica acerca da consciência regional se concentra primariamente na linguagem, na retórica e nos discursos relacionados ao regionalismo, bem como nos processos políticos que influenciam a formação de conceitos de regionalismo e identidade regional. Além disso, considera a compreensão compartilhada e o impacto dos atores políticos envolvidos na dinâmica política. O ressurgimento da questão da identidade regional é um fenômeno observado tanto em níveis subnacionais como supranacionais, como ilustrado pelo exemplo da Europa. (Hurrell, 1995)

Com base nas análises anteriormente expostas, resta evidente que o regionalismo serve como ponto de partida para a integração regional. Isso ocorre ao destacar sua natureza genérica e abrangente, evoluindo através de ações menos complexas que não necessariamente buscam reduzir a soberania. Esse processo é

caracterizado por relações intergovernamentais e ocorre em uma proximidade geográfica, permitindo o desenvolvimento de diversos projetos cooperativos. Esses projetos podem ser influenciados pela política externa dos participantes, refletindo mais ou menos em suas estratégias diplomáticas.

A relevância do tema para este trabalho se justifica por ser um elo na política internacional, visto que a integração é urgente não apenas como uma forma de unir identidades do sul global ou da América do Sul, mas por termos um constante fluxo migratório, seja ele forçado ou não, que exigem políticas positivas do país receptor dessas novas demandas demográficas. No caso do regionalismo sul-americano, o papel de conceitos como cooperação e integração segue relativamente pouco explorado.

Em relação ao Brasil no contexto de promoção da integração regional, a diplomacia brasileira prioriza a integração sul-americana porque é essencial para o desenvolvimento e a autonomia da região. O Art. 4º da Constituição Federal de 1988, em seu parágrafo único traz que “a República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações.” (Brasil, 1988). “Estimular a integração da América do Sul” é, além disso, uma das diretrizes previstas pela Estratégia Nacional de Defesa. (Brasil, 2008, p. 17).

É possível afirmar, sem exageros, que o Brasil desempenha um papel fundamental na integração regional da América Latina, por ser uma das principais economias do continente e um dos protagonistas nesse processo. O país exerce uma liderança significativa na região, posicionando-se como uma nação estratégica devido à sua economia diversificada e à sua numerosa e heterogênea população. Essa liderança é reforçada pela sua participação como um dos membros fundadores do Mercosul, bloco econômico criado com o intuito de promover a integração econômica e política entre os países latino-americanos. O Brasil, nesse contexto, desempenha um papel de destaque na condução do Mercosul, que é um dos principais instrumentos de integração na região.

Além disso, o Brasil adota uma política externa ativa e comprometida com o fortalecimento da cooperação entre os países da América Latina, participando de diversas iniciativas e fóruns voltados à integração regional, como a Unasul e a Celac. A complementaridade econômica entre o Brasil e os demais países da região também favorece esse processo de integração, uma vez que a economia brasileira, com sua

forte presença na exportação de commodities agrícolas e minerais, se alinha de maneira eficiente com as economias de países que são mais voltados para a indústria e os serviços. Dessa forma, o Brasil se destaca como um dos principais agentes no avanço da integração regional, sendo o Mercosul a principal organização internacional regional da qual o Brasil faz parte, capaz de ações efetivas no que diz respeito aos direitos do migrante, em especial o direto à saúde, conforme melhor delineado a seguir.

1.4.5 Desafios e Perspectivas para a Saúde no Mercosul

A cooperação em saúde dentro do Mercosul é regida por vários acordos e programas que visam promover a integração dos sistemas de saúde dos países membros. Um dos principais objetivos é garantir que todos os cidadãos e residentes, incluindo os migrantes, tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Outro ponto a ser considerado é o reconhecimento mútuo das qualificações profissionais de saúde. Esta medida pode facilitar a mobilidade dos profissionais de saúde entre os países membros do Mercosul, permitindo que médicos, enfermeiros e outros profissionais possam trabalhar em diferentes países conforme a demanda. Isso é particularmente importante em emergências, onde a rápida mobilização de profissionais de saúde é necessária para responder a surtos de doenças ou outras crises de saúde pública, não obstante a execução desse tipo de política seja algo complexo, por se tratar os inúmeros atores envolvidos, e as particularidades de cada um deles.

Os programas de saúde transfronteiriços são essenciais para atender às necessidades dos migrantes e garantir que eles recebam cuidados contínuos ao atravessar fronteiras. Esses programas incluem a criação de postos de saúde nas fronteiras, serviços de vigilância epidemiológica e campanhas de saúde pública que abrangem várias jurisdições.

Os desafios para a saúde no Mercosul incluem a necessidade de harmonizar as políticas de saúde entre os países membros, enfrentar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e responder de maneira eficaz às emergências de saúde pública. A cooperação regional é essencial para superar esses desafios e garantir a

saúde e o bem-estar de todos os cidadãos do Mercosul (Organização Pan-Americana da Saúde, 2019).

A questão da saúde dos migrantes é um dos mais importantes temas abordados pelo Pacto Global. A migração pode impactar negativamente a saúde dos indivíduos devido à exposição a condições precárias durante o trânsito, barreiras linguísticas e culturais no acesso a serviços de saúde e a discriminação. No contexto do Mercosul, a saúde dos migrantes é particularmente relevante devido à natureza transfronteiriça do bloco e à mobilidade intrarregional (Abranches, 2019).

Os países do Mercosul têm buscado integrar políticas de saúde para atender melhor às necessidades dos migrantes. Um exemplo notável é o Plano Estratégico de Ação Social do Mercosul, que inclui iniciativas para facilitar o acesso dos migrantes a serviços de saúde, promover a cooperação técnica entre os sistemas de saúde dos países membros e combater as doenças transmissíveis que não respeitam fronteiras nacionais (Mercosul, 2019).

A integração regional no âmbito da saúde é essencial para garantir que os migrantes tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, independentemente de seu status migratório. O Pacto Global, ao enfatizar a importância da cooperação internacional e da inclusão dos migrantes nos sistemas de saúde, complementa e fortalece os esforços regionais no Mercosul.

Na prática, para enfrentar as demandas que surgem a partir da crise migratória, o governo brasileiro implementou a Operação Acolhida, um esforço conjunto entre agências governamentais e organizações internacionais. Este programa visa fornecer assistência humanitária e facilitar a integração dos migrantes venezuelanos. No contexto da saúde, essa iniciativa tem se concentrado em oferecer vacinação, atendimento médico emergencial e serviços de saúde mental.

Criada em 2018 pelo governo brasileiro, a Operação Acolhida foi uma resposta à crise migratória gerada pela situação política, social e econômica na Venezuela, que provocou a migração em massa de venezuelanos para países vizinhos, incluindo o Brasil. Este programa humanitário visa acolher os migrantes em situação de vulnerabilidade, proporcionando suporte emergencial e facilitando sua integração no território brasileiro. A operação é gerida por uma força-tarefa interministerial, com a participação do Exército Brasileiro e diversas agências internacionais, como a Agência da ONU para Refugiados (ACNUR) e a Organização Internacional para as Migrações (OIM), além de organizações da sociedade civil (Brasil, 2018).

A operação segue três eixos principais: *ordenamento da fronteira*, *abrigamento* e *interiorização*. O primeiro eixo, o ordenamento da fronteira, é responsável pela triagem dos migrantes no momento de sua chegada ao Brasil, regularizando sua situação migratória, garantindo que recebam documentos essenciais para acessar serviços públicos como saúde e educação (ACNUR, 2020). No segundo eixo, o abrigamento, são oferecidos abrigos temporários aos migrantes em estado de vulnerabilidade, com fornecimento de alimentação, atendimento médico, e segurança. Esses abrigos, instalados principalmente em Roraima, são uma resposta à alta demanda de migrantes nessa região fronteiriça (Brasil, 2018). O terceiro eixo, a interiorização, promove a redistribuição voluntária dos migrantes para outras regiões do Brasil, a fim de reduzir a pressão sobre os serviços públicos nas áreas de fronteira e facilitar a integração dos migrantes em áreas com melhores oportunidades de emprego e acesso a serviços (OIM, 2019).

Embora amplamente reconhecida como um marco na gestão migratória no Brasil, destacando-se pela cooperação interagências e pela eficiência logística, a Operação Acolhida enfrenta desafios significativo sendo merecedora de críticas, a começar pela militarização da resposta, pois embora as Forças Armadas sejam eficientes logisticamente, sua presença reforça a percepção de migração como uma questão de segurança nacional, em vez de um tema humanitário (WATSON, 2009). A natureza temporária da operação e a falta de políticas locais permanentes é outro ponto que merece atenção, pois geram incertezas quanto ao legado da iniciativa. Por fim, a dificuldade de validar diplomas e a restrição de oportunidades de trabalho de qualidade são barreiras para a plena integração dos migrantes.

Mesmo com as políticas em vigor, os migrantes enfrentam barreiras significativas. A barreira linguística é uma das principais dificuldades, já que muitos migrantes venezuelanos falam apenas espanhol. Isso dificulta a comunicação com os profissionais de saúde e o entendimento dos procedimentos médicos e direitos de acesso ao SUS.

Outro desafio é a documentação. Muitos migrantes chegam ao Brasil sem documentos ou com documentos irregulares, o que complica o processo de registro no SUS. Embora a legislação brasileira permita o atendimento de saúde a todos, a falta de documentos pode atrasar ou dificultar o acesso a serviços mais complexos.

A discriminação é um problema adicional. Relatos de xenofobia e preconceito por parte de alguns profissionais de saúde e da população local têm sido

documentados. Esse comportamento pode desestimular os migrantes a procurarem atendimento médico, agravando sua situação de saúde.

Os migrantes buscam assistência local principalmente nos serviços de atenção básica e emergências hospitalares devido à precariedade dos recursos de saúde na Venezuela. Técnicos de enfermagem relataram sobrecarga nos serviços, além de demonstrarem percepções xenofóbicas que dificultam o acolhimento dos pacientes. Ainda, barreiras linguísticas foram identificadas, prejudicando a comunicação e comprometendo a humanização no atendimento (ARRUDA-BARBOSA et al., 2024).

O acesso dos migrantes venezuelanos ao sistema de saúde público do Brasil é um direito garantido por lei, mas que enfrenta desafios práticos significativos. A resposta a essa crise exige um esforço conjunto e coordenado entre o governo brasileiro, organizações internacionais e a sociedade civil. Ao abordar as barreiras linguísticas, a falta de documentação, a discriminação e a sobrecarga dos serviços de saúde, é possível avançar na garantia de um atendimento de saúde digno e eficaz para todos os migrantes.

Diante dos desafios enfrentados na harmonização e implementação das políticas de saúde no âmbito do Mercosul e nas iniciativas regionais de atendimento aos migrantes, é possível perceber que, embora existam avanços importantes, ainda há muito a ser feito para garantir um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo e equitativo. As barreiras linguísticas, a sobrecarga dos serviços em determinadas áreas, bem como as limitações financeiras e a falta de coordenação entre as entidades envolvidas evidenciam a necessidade de ações mais integradas e específicas para atender adequadamente a população migrante. As estratégias de cooperação regional, como os programas de saúde transfronteiriços mostram-se essenciais, mas precisam ser continuamente aprimoradas e ampliados para responder aos desafios postos.

CAPÍTULO 2 – MIGRAÇÃO VENEZUELANA NO BRASIL E O ACESSO A SAÚDE

2.1. A Situação Migrante no Brasil

A migração é um fenômeno global que influencia a dinâmica social, econômica e cultural dos países. No Brasil, a migração interna e internacional desempenha um papel significativo na composição demográfica e na estruturação da sociedade (Martins e Silva, 2020). A seguir apresentaremos o perfil dos migrantes no Brasil, abordando suas origens, motivações para migração e a distribuição geográfica no território nacional.

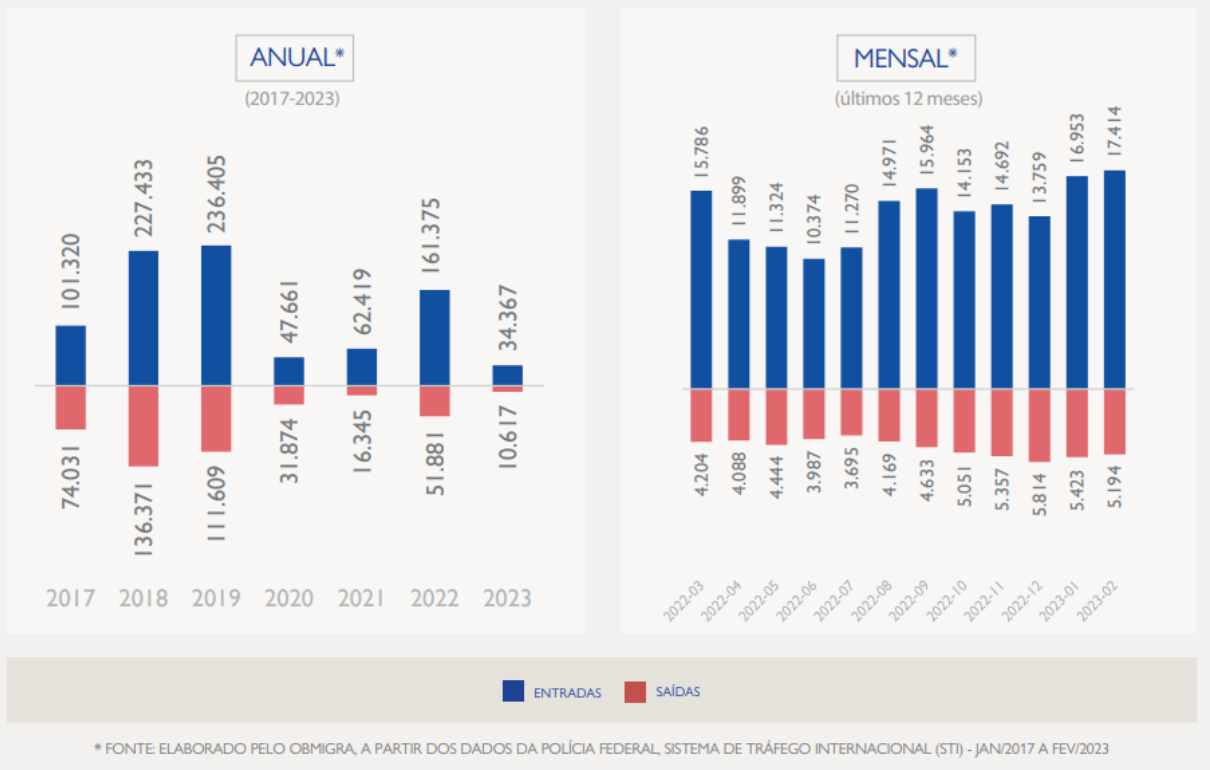
Segundo o relatório da Polícia Federal (2019), o Brasil tem visto um aumento significativo no número de migrantes, especialmente provenientes da Venezuela, Haiti e Síria. Este aumento está associado a crises humanitárias e econômicas nos países de origem (Santos, 2021). Além disso, a busca por melhores condições de vida e acesso a serviços de saúde de qualidade são fatores determinantes para a migração (Oliveira e Costa, 2019).

Um dos grupos mais expressivos que passaram a migrar para o Brasil nas últimas duas décadas são os haitianos. Após o terremoto devastador de 2010, muitos haitianos buscaram refúgio no Brasil devido à política migratória favorável do governo brasileiro, que facilitou a concessão de vistos humanitários. Esse fluxo migratório intensificou-se a partir de 2012, quando o Brasil se consolidou como um importante destino de migração regional. Outros migrantes caribenhos e africanos, particularmente de países como Senegal, Congo e Angola, também foram atraídos pela percepção de estabilidade econômica no Brasil durante a primeira década do século XXI (Cerdeira, 2016).

Outro importante grupo de migrantes, que merece destaque, são os venezuelanos, que começaram a chegar em grande número a partir de 2015, em decorrência da grave crise política, social e econômica vivida na Venezuela. Segundo dados do Comitê Nacional para Refugiados (Conare), até 2019, mais de 224 mil venezuelanos haviam pedido refúgio no Brasil. Essa migração em massa resultou em um grande desafio logístico e humanitário, especialmente nas regiões de fronteira,

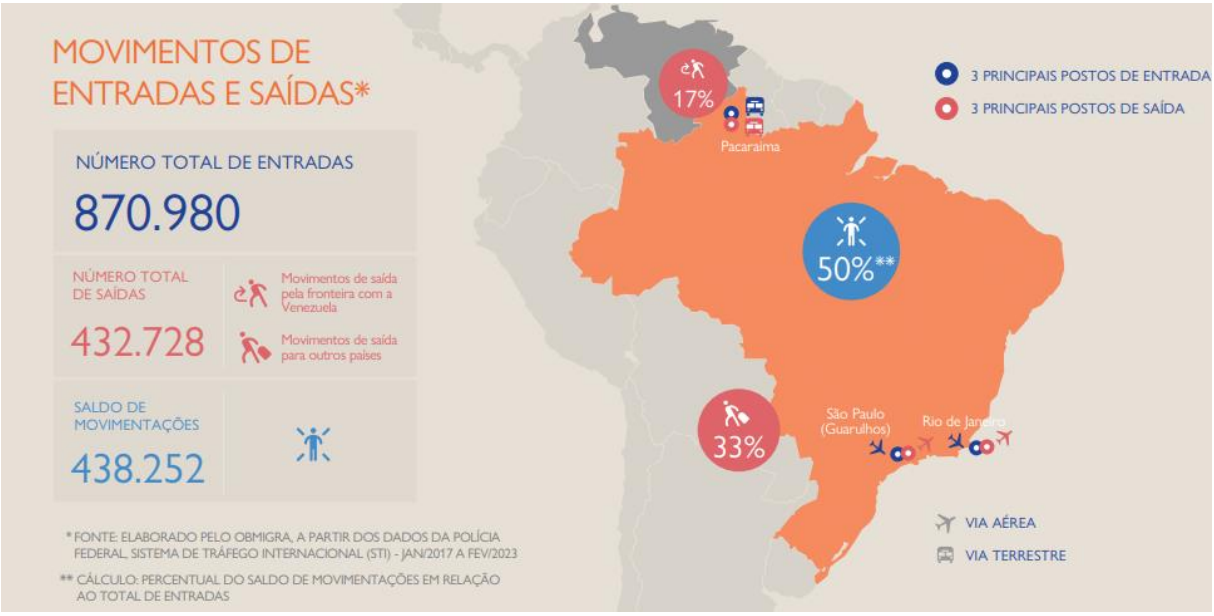
como o estado de Roraima, onde muitos imigrantes chegam em situação de extrema vulnerabilidade (Mendonça, 2020).

Gráfico 1: Entradas e Saídas: Controle Migratório [Venezuelano]



Fonte: Elaborado pelo OBMigra a partir dos dados da Polícia Federal, Sistema de Tráfego Internacional (STI), jan. 2017–fev. 2023.

Gráfico 2: Movimentos de Entradas e Saídas [de migrantes Venezuelanos de 2017 a 2023]



Fonte: Elaborado pelo OBMigra a partir dos dados da Polícia Federal, Sistema de Tráfego Internacional (STI), jan. 2017–fev. 2023.

Além desses grupos, o Brasil também recebeu migrantes de outros países latino-americanos, como Bolívia e Paraguai, que vêm ao país em busca de melhores oportunidades de trabalho. Esses imigrantes, muitas vezes, se concentram nas grandes áreas metropolitanas, principalmente São Paulo, onde existe uma maior oferta de empregos, embora nem sempre em condições adequadas.

De modo geral, os migrantes que chegam ao Brasil a partir dos anos 2000 são predominantemente de países em desenvolvimento e em crise, e grande parte deles encontra-se em situações de vulnerabilidade social e econômica. Este perfil migratório contemporâneo difere do passado, quando o Brasil recebia, principalmente, migrantes europeus. Hoje, o país se posiciona como um destino para migrantes de regiões menos favorecidas, que enfrentam dificuldades de integração socioeconômica e de acesso a serviços essenciais, como saúde, moradia e emprego. Tal cenário exige políticas públicas de acolhimento e integração mais robustas para garantir os direitos básicos desses migrantes (Almeida, 2022).

A distribuição geográfica dos migrantes no Brasil não é uniforme, concentrando-se principalmente nas regiões Sul e Sudeste, onde há maior oferta de emprego e serviços de saúde acessíveis (Gomes; Pereira, 2020). No entanto, essa concentração gera desafios para a integração dos migrantes e para o acesso equitativo aos serviços de saúde, o que é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988.

A integração dos migrantes na sociedade brasileira e o acesso aos serviços de saúde são questões desafiadoras e complexas, influenciadas por uma série de fatores, incluindo, como já citado anteriormente, barreiras linguísticas, culturais e socioeconômicas (Lima e Souza, 2021). Essas barreiras frequentemente dificultam a inserção plena dos migrantes, impactando diretamente sua capacidade de acessar serviços essenciais, como saúde e educação, bem como oportunidades de emprego. No contexto da saúde, por exemplo, a dificuldade de comunicação devido à falta de proficiência em português pode gerar mal-entendidos durante consultas médicas, resultando em diagnósticos imprecisos ou inadequados. Além disso, diferenças culturais na percepção de saúde e doença podem influenciar a adesão ao tratamento médico recomendado, já que determinadas práticas de saúde tradicionalmente adotadas por grupos migrantes podem divergir das orientações biomédicas locais.

A situação socioeconômica dos migrantes também agrava essas dificuldades, uma vez que muitos enfrentam condições de vulnerabilidade ao chegarem ao Brasil, com poucos recursos financeiros e limitado acesso à moradia digna e ao mercado de trabalho formal. Essa precariedade econômica pode resultar em dificuldades adicionais, como o acesso limitado a informações sobre os serviços públicos disponíveis. O acesso ao sistema de saúde pública, por exemplo, pode ser dificultado não apenas pela barreira linguística, mas também pela falta de conhecimento sobre como o Sistema Único de Saúde (SUS) funciona, especialmente para aqueles que não estão familiarizados com os processos burocráticos ou que vivem em áreas remotas com infraestrutura inadequada.

No entanto, apesar desses desafios, existem iniciativas tanto governamentais quanto não governamentais que buscam promover a integração dos migrantes e assegurar seus direitos. A Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) constitui um marco jurídico importante nesse sentido, pois estabelece que os migrantes têm direito ao acesso integral a políticas públicas, incluindo saúde, educação e assistência social, em condições de igualdade com os cidadãos brasileiros. A lei promove uma visão mais inclusiva e humanitária da migração, buscando romper com o paradigma securitário que anteriormente prevalecia nas políticas migratórias brasileiras. Ao garantir direitos fundamentais, a legislação cria as bases para uma integração mais justa e equitativa.

No âmbito não governamental, várias organizações da sociedade civil têm desempenhado um papel fundamental na promoção da integração dos migrantes, oferecendo serviços como cursos de português, apoio jurídico, assistência psicológica

e orientação sobre o acesso a serviços de saúde, a exemplo do Instituo Migrações e Direitos Humanos, Cáritas Brasileira e Cátedra Sérgio Vieira de Melo - UNILA. Essas iniciativas complementam as ações do Estado e muitas vezes suprem lacunas deixadas pela burocracia ou pela falta de recursos públicos suficientes para lidar com as demandas crescentes da migração.

Embora ainda haja muito a ser feito, o compromisso expresso na Lei de Migração e as iniciativas de acolhimento representam passos importantes rumo a uma sociedade mais inclusiva e preparada para lidar com a complexidade das questões migratórias.

Um ponto relevante que precisa ser levado em consideração são as dimensões continentais e as diferenças socioeconômicas do Brasil em relação a cada região e estados da federação. Essas diferenças acabam criando situações completamente diferentes a depender do local onde o migrante vai se estabelecer no nosso país.

O Nordeste brasileiro, por exemplo, historicamente uma região de menor desenvolvimento econômico em comparação com outras partes do Brasil, viu um aumento no número de migrantes venezuelanos, especialmente a partir de 2017, quando as autoridades federais começaram a promover a interiorização dos refugiados. A interiorização é uma política que visa redistribuir os migrantes para várias partes do Brasil, ajudando a aliviar a pressão sobre os estados fronteiriços e ao mesmo tempo buscando integrar os migrantes em outras regiões (Brasil, 2018).

2.2 O Acesso do Migrante Venezuelano ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil

O fluxo migratório de venezuelanos para o Brasil, em decorrência da crise política, econômica e social na Venezuela, tem gerado impactos para o sistema de saúde público brasileiro. Este fenômeno é particularmente evidente em estados fronteiriços, onde a chegada massiva de migrantes sobrecarregou os serviços de saúde.

A crise na Venezuela tem suas raízes em uma série de fatores complexos, incluindo instabilidade política, colapso econômico e violações de direitos humanos. Estes fatores culminaram em uma crise humanitária que forçou milhões de

venezuelanos a deixarem seu país em busca de melhores condições de vida. O Brasil, devido à sua proximidade geográfica e às políticas migratórias relativamente abertas, tornou-se um destino importante para esses migrantes.

A economia venezuelana depende quase exclusivamente da exportação de petróleo, que representava cerca de 95% das receitas de exportação e aproximadamente 25% do PIB nacional. A queda acentuada dos preços do petróleo em 2014 teve um impacto devastador na economia do país. A receita do governo despencou, resultando em uma crise fiscal severa. Em resposta, o governo venezuelano aumentou a impressão de dinheiro, levando a uma hiperinflação que destruiu o poder de compra da população. A escassez de bens essenciais, como alimentos e medicamentos, tornou-se comum, exacerbando a crise humanitária.

O governo de Hugo Chávez, seguido por Nicolás Maduro, foi amplamente criticado por sua abordagem autoritária, caracterizada pela repressão política e censura da mídia. Sob o governo de Chávez, houve uma concentração significativa de poder, que incluiu a manipulação do sistema judiciário para apoiar suas agendas políticas. Por exemplo, ele aumentou o número de juízes na Suprema Corte e preencheu essas vagas com aliados, enfraquecendo a separação de poderes e minando o papel do Judiciário como um fiscal independente do governo. Também foi implementada uma série de medidas para controlar a mídia, como a revogação de licenças de emissoras privadas críticas e a criação de canais estatais para promover a propaganda governamental (Human Rights Watch, 2023).

Sob Maduro, essas práticas foram intensificadas, com um aumento na repressão de opositores políticos e jornalistas. Além da censura midiática, Maduro se utilizou de forças de segurança e tribunais militares para prender arbitrariamente opositores políticos e ativistas de direitos humanos, em um esforço sistemático para reprimir a dissidência. O uso de campanhas de desinformação e ataques digitais também foi uma ferramenta crucial para manipular a percepção pública e controlar o discurso online. Essas ações culminaram em graves violações de direitos humanos, que organizações como a Anistia Internacional apontam como potencialmente constituindo crimes contra a humanidade (Amnesty International, 2021; ICIJ, 2024).

A crise econômica e política teve um impacto devastador na sociedade venezuelana. A pobreza e a desnutrição aumentaram drasticamente, e o sistema de saúde entrou em colapso, incapaz de fornecer serviços básicos à população. Doenças anteriormente controladas, como o sarampo e a malária, reapareceram devido à falta

de vacinas e medicamentos. A violência e a insegurança também aumentaram, forçando muitos venezuelanos a fugir do país em busca de segurança e melhores condições de vida.

O fluxo migratório de venezuelanos é uma das maiores crises de deslocamento na história recente da América Latina. Segundo dados da Organização Internacional para as Migrações (OIM), mais de 5 milhões de venezuelanos deixaram o país desde o início da crise, com cerca de 264 mil buscando refúgio no Brasil até 2020. A maioria desses migrantes entrou no Brasil através do estado de Roraima, sobrecarregando os serviços públicos locais, especialmente os de saúde (OIM, 2023).

No entanto, os migrantes venezuelanos enfrentam diversos obstáculos no acesso ao sistema de saúde público brasileiro. Entre os principais desafios estão a barreira linguística, a falta de documentação adequada, a precariedade das condições de vida e o desconhecimento sobre os direitos e serviços disponíveis. Além disso, a sobrecarga dos sistemas de saúde nas regiões de maior afluxo migratório tem comprometido a qualidade e a rapidez no atendimento, agravando a situação dos migrantes (Silva; Arruda-Barbosa, 2020).

No estado de Roraima, por exemplo, que é uma das principais portas de entrada para os migrantes venezuelanos, o ressurgimento de doenças como o sarampo, erradicado anteriormente, tem sido um dos principais problemas a ser enfrentado. A epidemia de sarampo em 2018, que resultou em 79 casos confirmados e duas mortes de crianças venezuelanas, destacou a fragilidade do sistema de saúde local frente ao intenso fluxo migratório (De Macedo et al., 2019). Além disso, os profissionais de saúde enfrentam sobrecarga de trabalho e dificuldades estruturais significativas para prestar atendimento adequado (**Silva; Arruda-Barbosa, 2020**).

Um documentário produzido pela Fiocruz Brasília revela os desafios enfrentados no cuidado à saúde de migrantes venezuelanos em Roraima, destacando a importância da atenção primária e das políticas de saúde inclusivas. O documentário mostra como a falta de recursos e a alta demanda por serviços de saúde resultam em um atendimento fragmentado e insuficiente (Fiocruz Brasília, 2023).

A Fiocruz também tem atuado na formação e capacitação de profissionais de saúde para melhor atender às necessidades específicas dos migrantes. Programas de formação contínua e workshops têm sido implementados para melhorar a comunicação e a sensibilidade cultural dos profissionais de saúde (Fiocruz Brasília, 2023).

Apesar das iniciativas governamentais, a eficácia das políticas públicas voltadas para a saúde dos migrantes venezuelanos ainda enfrenta consideráveis dificuldades. A implementação dessas políticas frequentemente esbarra na falta de recursos, na burocracia e na resistência de alguns setores da sociedade. Além disso, a necessidade de uma resposta rápida e eficiente em contextos de emergência humanitária muitas vezes entra em conflito com a capacidade administrativa e financeira do sistema de saúde brasileiro (Silva; Arruda-Barbosa, 2020).

Apesar da suspensão da Venezuela do Mercosul, os acordos e normativas do bloco continuam a ser uma referência importante para a proteção dos direitos dos migrantes venezuelanos. O SUS, baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, oferece uma estrutura para garantir que todos os indivíduos, independentemente de sua nacionalidade, tenham acesso aos serviços de saúde.

No entanto, é inegável que tal suspensão pode dificultar ainda mais o acesso do migrante venezuelano ao Sistema Único de Saúde brasileiro, uma vez que a decisão, tomada sob a justificativa de descumprimento de cláusulas democráticas, isolou o país do acesso pleno aos mecanismos de cooperação regional, incluindo aqueles voltados para políticas de saúde e mobilidade populacional.

A suspensão comprometeu a capacidade de integração dos migrantes venezuelanos nos sistemas de saúde pública dos países do Mercosul, especialmente no Brasil, que se tornou um dos principais destinos dos deslocados pela crise humanitária na Venezuela. As barreiras impostas pelo desligamento enfraqueceram a cooperação regional em áreas críticas para o atendimento de saúde, como reconhecimento e reciprocidade de direitos, pois antes da suspensão a Venezuela integrava acordos do Mercosul que facilitavam a mobilidade de trabalhadores e garantiam o acesso igualitário aos serviços públicos, incluindo saúde.

O Sistema Único de Saúde, concebido como universal e gratuito, não está plenamente preparado para lidar com o crescente número de migrantes, especialmente em regiões de fronteira e nos estados mais pobres do país, como os da região nordeste. Uma das dificuldades mais evidentes é a sobrecarga do sistema nessas áreas que já são historicamente carentes. Com a chegada de milhares de venezuelanos, a demanda por atendimento médico aumenta drasticamente, comprometendo a estrutura já debilitada, tanto em termos de infraestrutura quanto de pessoal. Essa sobrecarga afeta não só o atendimento aos migrantes, mas também à população local, exacerbando a percepção de competição por recursos limitados. De

acordo com dados do Ministério da Saúde (2021), a rede hospitalar em alguns estados fronteiriços tem se aproximado do colapso, o que compromete a oferta de cuidados tanto para migrantes quanto para os residentes.

Sob a ótica dos direitos humanos, a situação dos migrantes venezuelanos é especialmente preocupante. De acordo com a legislação brasileira e tratados internacionais, como a Convenção de 1951 relativa ao Estatuto dos Refugiados, todos os indivíduos devem ter acesso à saúde sem discriminação. Contudo, na prática, esses direitos nem sempre são respeitados de maneira efetiva. Existem relatos de discriminação, explícita ou implícita, que resultam na negação de serviços de saúde com base na nacionalidade ou no status migratório dos indivíduos. Esse tipo de violação vai de encontro aos princípios constitucionais e compromete a imagem do Brasil como defensor dos direitos humanos no cenário internacional (Almeida, 2020).

A condição socioeconômica precária dos migrantes venezuelanos é outro fator que limita o acesso integral à saúde. A maioria dos migrantes chega ao Brasil em situação de vulnerabilidade extrema, muitas vezes sem acesso a moradia, emprego ou recursos financeiros. Embora o SUS seja gratuito, o acesso à saúde depende de uma rede de apoio mínima, como transporte para deslocamento até unidades de saúde e acesso a condições básicas de vida, como alimentação e moradia. A falta de políticas públicas eficazes que abordem a intersecção entre saúde, habitação e assistência social torna o cuidado integral à saúde quase impossível para essa população (Gomes, 2021).

As políticas migratórias também têm um impacto significativo no enfrentamento dessas demandas. Nesse sentido, a pressão internacional por uma maior cooperação regional é essencial para que o Brasil consiga atender às necessidades da população migrante sem comprometer o acesso aos serviços de saúde pelos cidadãos brasileiros (Rocha, 2022).

Portanto, os principais obstáculos enfrentados pelos migrantes venezuelanos para o acesso integral ao sistema de saúde no Brasil estão profundamente ligados às limitações estruturais do SUS, às barreiras linguísticas e culturais, à discriminação e à situação de vulnerabilidade socioeconômica. A falta de políticas públicas abrangentes que integrem saúde, assistência social e os direitos humanos agrava a exclusão dessa população, comprometendo a capacidade do Brasil de cumprir seu papel humanitário e constitucional no atendimento aos migrantes. Superar esses desafios requer uma ação coordenada entre os diferentes níveis de governo e uma

maior mobilização de recursos, além de políticas públicas voltadas à inclusão social e ao respeito pleno aos direitos humanos de todos (Moraes, 2023).

2.3 Regularização Documental para Utilização do Sistema Único de Saúde no Brasil pelo Migrante ou Refugiado

A integração de migrantes e refugiados ao sistema de saúde pública brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), é uma questão de crescente relevância. A migração internacional tem trazido novos desafios à saúde pública, especialmente em relação ao acesso e à regularização documental. No contexto brasileiro, como já abordado na seção anterior, o SUS é um sistema que garante atendimento integral, gratuito e universal a toda a população, incluindo estrangeiros, desde que estejam em situação regular no país. Dessa forma, a regularização documental é um passo fundamental para que migrantes e refugiados possam usufruir de seus direitos de acesso ao sistema de saúde.

A regularização documental para o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) por migrantes e refugiados no Brasil é um processo que garante a universalidade e a integralidade do atendimento, conforme preconizado pelos princípios fundamentais do SUS. Este processo pode ser um tanto dificultoso, dada a complexidade das situações migratórias e as barreiras burocráticas, mas é essencial para assegurar o direito à saúde para essa população vulnerável.

O Brasil, como signatário de diversos tratados internacionais de direitos humanos, compromete-se a garantir o acesso universal à saúde para todos os indivíduos, independentemente de sua nacionalidade ou status migratório. O SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, é fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade, e equidade, visando a promoção da saúde como um direito fundamental de todos os seres humanos.

O primeiro aspecto a ser considerado na regularização documental de migrantes e refugiados é a obtenção de documentos essenciais, como o Registro Nacional Migratório (RNM), anteriormente conhecido como Registro Nacional de Estrangeiros (RNE). Este documento é crucial para a comprovação de residência regular no Brasil, uma vez que é exigido em diversas situações e, consequentemente,

no SUS. A Lei de Migração (Lei n.º 13.445/2017) estabelece diretrizes claras sobre os direitos dos migrantes, incluindo o direito à saúde, o que reforça a necessidade de uma política eficiente de regularização documental.

A legislação brasileira, através da Lei de Migração, e a Política Nacional de Saúde do Migrante, estabelecem o marco legal para a proteção dos direitos dos migrantes e refugiados, incluindo o acesso ao SUS. Esses dispositivos legais são complementados por normativas do Ministério da Saúde, que orientam a implementação de práticas inclusivas nos serviços de saúde.

A Portaria nº 2.227, de 14 de dezembro de 2017, regulamenta o atendimento no SUS para migrantes e refugiados, especificando que a regularização documental é um requisito para o cadastro no sistema de saúde, garantindo o acesso contínuo e organizado aos serviços de saúde. De acordo com essa portaria, o SUS deve garantir atendimento aos estrangeiros, independentemente de sua situação migratória, porém, para assegurar o acesso completo e contínuo aos serviços, é necessário que o migrante ou refugiado tenha seus documentos regularizados.

Outro ponto importante é a relação entre a regularização documental e o princípio da equidade no SUS. O conceito de equidade implica que o atendimento seja prestado conforme as necessidades específicas de cada grupo, o que inclui considerar as vulnerabilidades dos migrantes e refugiados. Com efeito, o SUS foi concebido com base em princípios éticos, entre os quais a equidade se destaca como um dos pilares para a garantia do direito à saúde. Nesse sentido, a regularização documental de migrantes e refugiados é crucial para que o sistema consiga identificar e atender adequadamente esse público, possibilitando a integração dessas pessoas à rede de atenção básica e aos demais serviços de saúde.

É importante destacar que a ausência de documentação não deve ser um obstáculo para que migrantes ou refugiados tenham acesso ao SUS. Segundo a legislação brasileira, todos os migrantes, mesmo aqueles que não possuam documentos no momento do atendimento, têm garantido o direito de utilizar esses serviços. Contudo, para facilitar o acesso desses migrantes e refugiados é essencial que eles disponham de documentos que comprovem sua identidade e regularidade no país. Entre os documentos necessários estão o Cadastro de Pessoa Física (CPF), que é imprescindível para a identificação no sistema de saúde brasileiro. Migrantes e refugiados podem obter o CPF junto à Receita Federal, apresentando documentos como o passaporte ou a Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM). A CRNM,

por sua vez, é o documento que comprova a situação regular do migrante ou refugiado no Brasil, sendo emitida pelo Departamento de Polícia Federal e exigida para a realização de diversos procedimentos legais e de saúde. Além disso, o comprovante de residência é indispensável para vincular o migrante ou refugiado à unidade de saúde mais próxima, podendo ser um documento em nome do solicitante ou uma declaração de residência fornecida por terceiros. A apresentação desses documentos é crucial para o cadastro no sistema de saúde brasileiro, viabilizando o acesso a consultas, exames, vacinação, tratamentos e outros serviços disponibilizados pelo SUS.

Para a obtenção do CRNM e/ou CPF, após a entrada no Brasil, migrantes e refugiados devem se dirigir à Polícia Federal para iniciar o processo de solicitação da CRNM, apresentando a documentação exigida, que inclui passaporte, visto (quando aplicável) e comprovante de entrada legal no país. Lá será preenchido formulário de solicitação, disponível no site da Polícia Federal ou nas próprias unidades de atendimento. O agendamento para comparecimento à Polícia Federal poderá ser feito de maneira online.

A comprovação de residência pode ser feita por meio de contas de consumo (água, luz, telefone) ou contrato de aluguel em nome do migrante. Na ausência destes, uma declaração de residência fornecida por terceiros pode ser aceita.

A regularização documental é um passo muito importante para garantir o acesso dos migrantes e refugiados aos serviços de saúde no Brasil. Este processo reflete o compromisso do país com a saúde pública universal e inclusiva, assegurando que todos, independentemente de sua origem, tenham acesso aos cuidados de saúde necessários.

2.4 Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde dos Imigrantes

As diretrizes nacionais para a atenção à saúde dos imigrantes no Brasil são orientadas pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF) e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que reconhecem a necessidade de uma atenção diferenciada para populações em situações de vulnerabilidade, incluindo os migrantes. O Sistema Único de Saúde

(SUS) assegura, em sua legislação, o direito universal à saúde, sem discriminação por nacionalidade ou situação migratória.

Além disso, o antigo Estatuto do Estrangeiro e a Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) reforçam o compromisso do Brasil com o respeito aos direitos humanos dos migrantes, incluindo o acesso à saúde. A estratégia de implementação dessas diretrizes envolve a capacitação de profissionais de saúde para o atendimento intercultural, o fortalecimento da rede de atenção primária e a integração dos serviços de saúde com outras políticas sociais.

A implementação das diretrizes nacionais para a saúde dos imigrantes incorpora uma série de estratégias essenciais para assegurar não somente o acesso aos serviços de atendimento, mas também para fomentar uma abordagem de saúde que respeite as diversidades culturais e linguísticas dessas comunidades. Essas estratégias incluem a capacitação de profissionais de saúde, uma iniciativa promovida pelo Ministério da Saúde, que visa sensibilizar os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às especificidades dos imigrantes, abordando aspectos de linguagem e competências culturais. Além disso, busca-se a integração dos serviços de saúde com outras políticas sociais, como assistência social, educação e habitação, criando uma abordagem de saúde pública mais abrangente que atenda eficazmente às necessidades dos migrantes. Outro ponto importantíssimo é o atendimento multilíngue, com a oferta de serviços de saúde em várias línguas, que inclui a disponibilização de intérpretes e materiais informativos nos idiomas mais falados pelas comunidades imigrantes predominantes. Finalmente, destaca-se o desenvolvimento de políticas específicas de acolhimento nos serviços de saúde, que visam minimizar as barreiras de acesso para os migrantes, promovendo um ambiente acolhedor e isento de discriminação.

A esse respeito, trataremos mais pormenorizadamente nos capítulos posteriores dessa pesquisa, quando apresentaremos os dados e conclusões relacionadas ao tema, de modo a extrapolar o campo da teoria e entender na prática se tais programas e proteções legais estão, efetivamente, sendo cumpridas ou não.

Apesar das políticas abrangentes e das estratégias de implementação, existem desafios significativos na operacionalização do acesso à saúde para os imigrantes. Entre os principais desafios, encontram-se a variabilidade na aplicação das políticas em diferentes regiões do país, a persistência de barreiras linguísticas e culturais e a

necessidade de ampliar a capacitação dos profissionais de saúde em competência cultural.

Adicionalmente, o financiamento adequado para programas específicos de saúde para migrantes e a integração efetiva entre os diferentes níveis de atenção à saúde e entre os setores são aspectos que requerem atenção contínua.

CAPÍTULO 3 – A MIGRAÇÃO VENEZUELANA E O ACESSO À SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE FOZ DO IGUAÇU E FEIRA DE SANTANA

O deslocamento de cidadãos venezuelanos em direção a outros países, se intensificando no Brasil a partir de 2015, constitui um dos fenômenos migratórios mais expressivos da América do Sul no século XXI, com implicações diretas nas políticas públicas e na capacidade dos entes federativos brasileiros de assegurar o acesso universal à saúde. A análise desse fluxo migratório exige uma compreensão não apenas das políticas nacionais, mas também das respostas locais, já que a efetividade do direito à saúde, garantido constitucionalmente, depende, em grande medida, da atuação dos municípios na implementação e gestão dos serviços.

Nesse contexto, este capítulo tem por objetivo formalizar uma análise comparativa entre as cidades de Foz do Iguaçu, localizada na região Sul do Brasil, e Feira de Santana, situada no Nordeste, no tocante à migração venezuelana e ao acesso aos serviços de saúde pública. A escolha dessas cidades decorre não apenas de suas diferenças regionais e estruturais, mas da forma como cada uma delas se insere no cenário migratório nacional: enquanto Foz do Iguaçu, por ser cidade de tríplice fronteira, atua como porta de entrada e referência em acolhimento humanitário, Feira de Santana surge como espaço de trânsito e de reconfiguração migratória, com menor visibilidade institucional e existência incipiente de políticas públicas voltadas especificamente a essa população.

Em Foz do Iguaçu, a cidade faz parte da resposta federal ao fluxo, tendo recebido 572 migrantes no âmbito do programa de interiorização da Operação Acolhida desde abril de 2018 (OIM, 2022). Em termos de composição populacional, a Venezuela representava 6% do total de migrantes internacionais registrados no município em 2021 (OIM, 2022). A relevância da presença venezuelana também se manifesta no âmbito acadêmico, onde, em 2017, a Venezuela foi o terceiro país com o maior número de concorrentes não-brasileiros (totalizando 143 candidatos) para a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) (INGRESSO..., 2017 *apud* GHERLANDI, 2018, p. 61).

A caracterização do contingente venezuelano em Foz do Iguaçu permanece condicionada à disponibilidade de registros administrativos. O recorte municipal mais citado para o período recente aponta 1.668 entradas de venezuelanos entre 2010 e

2022, valor consolidado a partir de bases do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) e divulgado pela imprensa local com a lista completa de nacionalidades registradas no município (ÁLVARO, 2023). Importa frisar, entretanto, que esse número representa entradas registradas (i.e., fluxos) e não um cômputo censitário de residentes (i.e., estoque populacional em dado momento).

Essa limitação informacional tem consequências práticas. Sem uma série histórica municipal confiável de estoque (número de venezuelanos efetivamente residentes por ano), torna-se difícil: (i) planejar oferta de serviços públicos sensíveis a idioma e documentação; (ii) dimensionar estratégias de integração laboral e reconhecimento de qualificações; e (iii) monitorar vulnerabilidades específicas (habitação, segurança alimentar, saúde mental, proteção social) com recortes interseccionais (sexo, idade, composição familiar). O resultado é um quadro em que a gestão local depende de proxies (por exemplo, entradas anuais, cadastros de regularização migratória ou vínculos formais de trabalho) que, embora úteis, não substituem um painel municipal atualizado de estoque e de trajetórias de estabilização residencial (OBMIGRA, 2024).

Nesse contexto, a iniciativa do I Plano Municipal de Políticas Públicas para Migrantes, Refugiados e Apátridas de Foz do Iguaçu (2024–2028) é um avanço institucional relevante. O documento estabelece diretrizes intersetoriais (trabalho, educação, cultura, segurança, esporte, lazer, habitação e assistência social), com a participação do Comitê Municipal e o apoio de agências internacionais, e reconhece a necessidade de informação qualificada como base para a tomada de decisão (Prefeitura de Foz do Iguaçu, 2024). Ao mesmo tempo, o Plano evidencia uma janela de oportunidade: integrar cadastros municipais (saúde, assistência, educação, trabalho) com as bases federais (SISMIGRA/Polícia Federal; CadÚnico; RAIS/CAGED) e com bases locais (terceiro setor), para criar um painel municipal de migrações com atualização periódica e metodologia transparente.

Já no Nordeste, Feira de Santana tem registrado a presença de venezuelanos em números mais modestos, mas em contextos específicos. De 2010 a junho de 2023, Feira de Santana registrou 164 nacionais da Venezuela que informaram residência no município (OBMIGRA, 2023 apud LUDOLF, 2023, p. 249, 520). Dentro desse período, entre 2018 e outubro de 2022, foram contabilizadas 140 solicitações de residência de venezuelanos (OBMIGRA apud LUDOLF, 2023, p. 243). Em janeiro de 2023, 134 pessoas de nacionalidade venezuelana estavam inscritas no Cadastro Único

(CadÚnico) em Feira de Santana, sendo a quarta cidade na Bahia com maior número de venezuelanos nesse cadastro (LUDOLF, 2023, p. 241, 502). Adicionalmente, o município tem fornecido assistência ao grupo de venezuelanos indígenas da etnia Warao, com registros recentes (2024) indicando que 62 pessoas Warao residem no bairro Mangabeira (PREFEITURA DE FEIRA DE SANTANA, 2024), embora uma estimativa anterior (2020) tenha apontado a presença de 78 pessoas dessa etnia, distribuídas em 14 famílias (SILVA, 2025).

Com base em entrevistas realizadas com Carla Silva, militante do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR) em Feira de Santana e responsável pelo acolhimento dos Warao por ocasião da chegada do grupo ao município, em 2020, e com Maria Helena Besnosik, professora aposentada da UEFS, ex-pró-reitora de Extensão e também militante do MNPR, ocorreu a evasão do coletivo em novembro de 2024, motivada pela busca de condições mais adequadas de acolhimento. Verificou-se, ademais, um retorno parcial de quatorze indivíduos em novembro de 2025, os quais se encontram atualmente em situação de rua, mantendo-se a expectativa de retorno dos demais ainda ao longo de 2025 (SILVA, 2025; BESNOSIK, 2025).

O município de Foz do Iguaçu apresenta uma rede articulada de instituições que atuam na gestão da migração e na garantia de direitos sociais. Destacam-se iniciativas como a Casa do Migrante, mantida em cooperação com a sociedade civil e organismos nacionais; a atuação da Itaipu Binacional, que financia programas de apoio humanitário e inclusão social; e a Cátedra Sérgio Vieira de Mello, vinculada à Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), que desenvolve projetos de extensão e pesquisa voltados à integração e proteção de refugiados e migrantes. Essas ações configuram uma estrutura de governança local da migração e um modelo de articulação entre poder público, universidade e sociedade civil que reflete uma abordagem mais institucionalizada do acolhimento e da atenção à saúde dos migrantes (ACNUR, 2023).

Por outro lado, Feira de Santana, maior município do interior da Bahia e importante polo econômico do Nordeste, carece de mecanismos institucionais equivalentes. As políticas municipais de saúde permanecem orientadas por diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), sem a incorporação de políticas específicas para migrantes ou refugiados. A ausência de registros oficiais sobre a presença do povo indígena Warao, grupo originário da Venezuela que tem se deslocado por

diversas cidades brasileiras desde 2017, incluindo Feira de Santana, evidencia a invisibilidade dessa população no contexto local. Essa lacuna documental e institucional pode ser interpretada como um reflexo da fragilidade da gestão municipal em lidar com demandas emergentes de mobilidade humana, sobretudo no campo da saúde pública.

A comparação entre essas duas cidades, portanto, vai além da mera análise estrutural dos sistemas de saúde. Trata-se de compreender como diferentes configurações político-administrativas, capacidades financeiras e redes institucionais influenciam a efetividade do direito à saúde do migrante venezuelano. Ao analisar as respostas locais, é possível evidenciar não apenas as assimetrias regionais do SUS, mas também os limites da descentralização das políticas públicas em contextos de crise humanitária e de ausência de coordenação intergovernamental.

Dessa forma, este capítulo parte do pressuposto de que as desigualdades regionais brasileiras e a heterogeneidade da gestão municipal condicionam a forma como o Estado brasileiro, em sua dimensão local, garante (ou não) o acesso dos migrantes aos serviços de saúde. Em Foz do Iguaçu, observa-se uma política de acolhimento consolidada, marcada pela cooperação institucional e por uma rede de apoio intersetorial. Já em Feira de Santana, a ausência de políticas específicas e de dados sobre a população migrante revela uma governança fragmentada, na qual o direito à saúde depende mais da inércia normativa do SUS do que de uma ação propositiva do poder público municipal.

A partir dessa perspectiva, a análise que se segue buscará examinar, em profundidade, as dinâmicas locais de implementação das políticas de saúde voltadas aos migrantes venezuelanos, destacando os fatores que condicionam a sua integração social e o acesso efetivo aos serviços de saúde pública.

3.1 Contexto da migração venezuelana no Brasil e a posição do Brasil no acolhimento

A migração venezuelana para o Brasil é um dos maiores movimentos populacionais da América do Sul no século XXI, refletindo o colapso socioeconômico

e político da Venezuela. Estima-se que mais de 500 mil venezuelanos tenham ingressado no país desde 2015, em busca de melhores condições de vida, segurança e acesso a serviços básicos (ACNUR, 2023). A natureza forçada desse deslocamento impõe desafios significativos ao Estado brasileiro, em especial aos municípios, que são os principais responsáveis pela execução das políticas públicas de acolhimento e de atenção à saúde.

Para dimensionar o caso brasileiro, convém situá-lo no quadro regional. Segundo a Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela (R4V), estima-se que entre 7,7 e 8,6 milhões de venezuelanos vivam fora de seu país, a maior parte na própria América Latina e no Caribe. A Colômbia é o principal destino, com aproximadamente 2,8 milhões de pessoas, seguida pelo Peru, com cerca de 1,5 a 1,7 milhão. O Brasil abrigava mais de 568 mil venezuelanos em 2024, número que contagens mais recentes elevaram a cerca de 627 mil, posicionando-se entre o terceiro e o quarto maior país de acolhimento da região, ao lado de Chile e Equador (R4V, 2024).

Esse posicionamento revela um dado analiticamente relevante: em termos absolutos, o Brasil não é o maior receptor da região, pois sua fronteira com a Venezuela é menos extensa e mais remota do que a colombiana, e o fluxo se concentrou no estado de Roraima. No entanto, quando se observa a qualidade formal da proteção conferida, o país assume posição de destaque. O Brasil tornou-se um dos líderes mundiais no reconhecimento da condição de refugiado a venezuelanos: entre os que possuem esse reconhecimento no mundo, o Brasil é o segundo país que mais os acolhe, com cerca de 145,2 mil pessoas, atrás apenas da Espanha. Tal resultado decorre da decisão do Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), a partir de 2019, de reconhecer os venezuelanos com base na grave e generalizada violação de direitos humanos, dispensando a análise individualizada. Não por acaso, das 454.165 solicitações de refúgio apresentadas ao Brasil entre 2015 e 2024, os venezuelanos foram a principal nacionalidade, com 266.862 pedidos (ACNUR, 2025).

O marco jurídico que fundamenta a proteção dessa população no Brasil é a Lei nº 13.445/2017 (Lei de Migração), que substituiu o antigo Estatuto do Estrangeiro e passou a reconhecer os migrantes como sujeitos de direitos humanos. Essa legislação assegura o princípio da universalidade do acesso aos serviços públicos, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente da nacionalidade ou da situação migratória. No entanto, a efetividade desse direito varia amplamente conforme as

capacidades institucionais e orçamentárias de cada município, gerando um cenário de assimetria federativa.

A Operação Acolhida, implementada pelo governo federal em 2018, constitui a principal resposta institucional à chegada massiva de venezuelanos. Coordenada pelas Forças Armadas, pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) e pela Organização Internacional para as Migrações (OIM), a operação atua com base em três eixos: ordenamento da fronteira, abrigamento e interiorização (BRASIL, 2018). Essa última política busca redistribuir os migrantes para municípios de diferentes regiões, reduzindo a pressão sobre o estado de Roraima e promovendo a integração regional.

Cidades como Foz do Iguaçu (PR) destacam-se como destinos consolidados da interiorização, com presença de uma rede articulada de acolhimento que envolve o poder público, universidades e organizações da sociedade civil. Já municípios como Feira de Santana (BA) figuram como rotas secundárias ou de passagem, recebendo migrantes de forma espontânea, sem planejamento prévio ou política específica de integração. Essa diferença estrutural tem consequências diretas sobre a garantia do direito à saúde.

Um exemplo emblemático dessa disparidade pode ser observado nos resultados de uma pesquisa de campo, realizada especificamente para esta pesquisa em 2025 via Google Forms com migrantes venezuelanos egressos da Universidade Estadual de Feira de Santana. O levantamento indica que mais de 60% dos entrevistados recorreram ao SUS em algum momento, mas menos da metade avaliou o atendimento como satisfatório. Entre os principais obstáculos identificados estão a falta de documentação regularizada, a barreira linguística, a desinformação sobre os direitos de acesso e casos de discriminação durante o atendimento. Ademais, a maioria relatou não possuir cadastro no CadÚnico, o que limita o acesso a programas complementares de assistência social e saúde. Outro dado relevante é a ausência de iniciativas municipais estruturadas: nenhum dos entrevistados relatou ter recebido orientação ou suporte institucional direto da Prefeitura.

Essas evidências empíricas reforçam que, embora o Brasil disponha de um arcabouço jurídico avançado e de uma política federal de interiorização, a efetivação local do direito à saúde dos migrantes depende da capacidade política e administrativa dos municípios. Em cidades como Feira de Santana, a falta de planejamento e de articulação intersetorial entre as secretarias municipais de saúde, assistência social e

direitos humanos demonstra uma fragilidade de governança local. Isso se traduz, na prática, em um atendimento reativo, fragmentado e desarticulado, que ignora as especificidades culturais e linguísticas da população venezuelana, especialmente dos grupos indígenas Warao, cuja presença na cidade não possui registros oficiais, revelando um quadro de invisibilidade institucional.

Em contrapartida, o município de Foz do Iguaçu oferece uma experiência oposta: ali, o acolhimento é integrado a uma rede multissetorial, envolvendo o poder público, a Casa do Migrante, a Itaipu Binacional e a Cátedra Sérgio Vieira de Mello, da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), que desenvolve projetos de extensão voltados à integração de refugiados e migrantes. Essa articulação institucional evidencia a importância da governança multinível, ou seja, a cooperação entre os níveis federal, estadual e municipal, como elemento determinante para a efetividade das políticas públicas no campo da saúde e da migração (VENTURA, 2019).

Dessa forma, compreender o contexto da migração venezuelana no Brasil requer uma análise que vá além do marco jurídico e considere as dinâmicas locais de gestão e acolhimento. O Brasil ostenta uma posição singular, atuando na vanguarda normativa e institucional, mas com efetivação territorial desigual: enquanto algumas cidades implementam ações inovadoras e cooperativas, outras revelam lacunas estruturais e normativas que perpetuam a vulnerabilidade dos migrantes. O caso de Feira de Santana ilustra a distância entre o discurso normativo da universalidade e a prática cotidiana dos serviços públicos, demonstrando que a proteção do direito à saúde dos migrantes ainda é, em muitos municípios brasileiros, uma promessa não cumprida.

No contexto baiano, a tese de Ludolf (2023) demonstra que o fenômeno migratório internacional adquiriu visibilidade recente e permanece marcado pela invisibilidade institucional e simbólica do sujeito migrante. A autora argumenta que, embora o Estado da Bahia tenha avançado na construção de redes de apoio, como a Rede de Apoio ao Migrante na Bahia (RAMBA) e o Centro de Serviços ao Migrante (CSM/UNIFACS), as políticas municipais ainda são frágeis e dependentes da atuação de universidades e movimentos sociais. Essa constatação é crucial para compreender o caso de Feira de Santana, que, apesar de abrigar um contingente significativo de famílias venezuelanas, não possui até o momento uma política estruturada de acolhimento ou saúde intercultural (LUDOLF, 2023).

3.2 CARACTERIZAÇÃO COMPARADA DAS DUAS CIDADES: POPULAÇÃO, PIB E INDICADORES

A escolha de Foz do Iguaçu e Feira de Santana como casos de estudo não é aleatória, e se deu por se tratar de duas cidades que representam realidades regionais, econômicas e migratórias distintas, o que permite examinar como diferentes capacidades institucionais e contextos socioeconômicos condicionam o acesso dos migrantes venezuelanos à saúde. Antes de adentrar a análise da gestão local, cumpre caracterizar os dois municípios a partir de indicadores demográficos e econômicos oficiais, sintetizados no Quadro 2.

Quadro 2 – Indicadores comparativos: Foz do Iguaçu (PR) e Feira de Santana (BA)

Indicador	Foz do Iguaçu (PR)	Feira de Santana (BA)
Região	Sul – tríplice fronteira	Nordeste – interior
População (Censo 2022)	285.415 hab.	616.272 hab.
População estimada (2025)	297.352 hab.	~660 mil hab.
Área territorial	606,5 km²	1.304,4 km²
Densidade demográfica	468,5 hab/km²	472,5 hab/km²
PIB per capita (2023)	R$ 59.468,67	R$ 35.449,37
IDHM (2010)	0,751 (alto)	0,712 (alto)
Mortalidade infantil (2023)	9,26/mil nasc. vivos	10,54/mil nasc. vivos
Escolarização 6–14 (2022)	98,28%	97,56%
Posição no estado	5ª/7ª maior do PR	2ª maior da BA

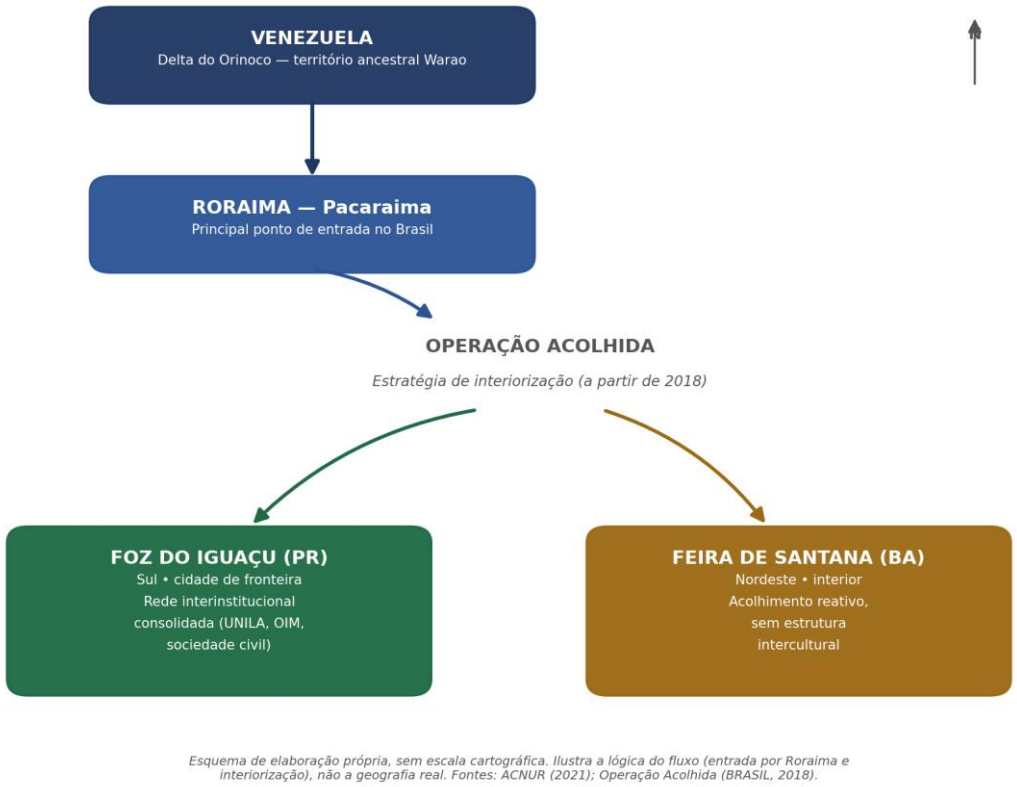
Fonte: elaboração própria a partir de IBGE – Cidades (Censo Demográfico 2022; PIB dos Municípios 2023) e PNUD/Atlas do Desenvolvimento Humano (IDHM 2010).

Os dados revelam um contraste que é central para a hipótese deste trabalho. Feira de Santana é a segunda cidade mais populosa da Bahia, com 660.806 habitantes em 2025, possuindo mais que o dobro da população de Foz do Iguaçu, cuja população recenseada foi de 285.415 pessoas, com estimativa de 297.352 para 2025. No entanto, essa superioridade demográfica não se traduz em maior capacidade econômica relativa: o PIB per capita de Foz do Iguaçu era de R$ 59.468,67 em 2023, ao passo que o de Feira de Santana era de R$ 35.449,37 no mesmo ano. Uma diferença de aproximadamente 68% em favor do município paranaense (IBGE, 2023).

Esse descompasso entre porte populacional e riqueza per capita é analiticamente revelador. Ele indica que a assimetria entre os dois municípios não decorre do tamanho da cidade, mas de fatores estruturais, como a posição geográfica, a inserção econômica e a densidade institucional. Foz do Iguaçu, situada na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, possui uma economia dinamizada pelo turismo, pela energia (Itaipu) e pelo comércio transfronteiriço. Feira de Santana, por sua vez, é um polo regional do interior nordestino, sendo um importante entroncamento rodoviário e centro comercial, mas que recebe a população venezuelana sobretudo de forma indireta, por meio do movimento secundário da interiorização, e não em razão de uma condição fronteiriça.

Essa diferença de origem dos fluxos tem consequências diretas sobre a governança da saúde. Em Foz do Iguaçu, a presença histórica e estrutural da migração estimulou a constituição de arranjos institucionais voltados ao acolhimento; em Feira de Santana, a chegada de grupos migrantes, em especial do povo Warao, ocorreu sem o amparo de uma estrutura prévia, exigindo respostas reativas. Os indicadores sociais, embora ambos situados na faixa de desenvolvimento humano alto, reforçam o quadro: a mortalidade infantil é mais elevada em Feira de Santana, e a maior extensão territorial do município baiano impõe desafios adicionais de cobertura e capilaridade da rede de atenção básica. Conclui-se, assim, que a comparação não opõe uma cidade “grande” a uma “pequena”, mas duas configurações distintas de capacidade institucional diante de um mesmo desafio. A Figura 1 sintetiza a lógica do fluxo que conduz os venezuelanos, e, entre eles, os Warao, a ambos os municípios.

Figura 1 – Esquema do fluxo migratório venezuelano: entrada por Roraima e interiorização.



Fonte: Elaboração própria (2025).

3.3 A gestão da saúde pública no contexto da migração

A gestão da saúde pública em contextos migratórios apresenta-se como um dos maiores desafios contemporâneos para os sistemas de bem-estar social, especialmente em países de estrutura federativa descentralizada como o Brasil. O Sistema Único de Saúde (SUS), concebido pela Constituição Federal de 1988, tem como princípios basilares a universalidade, a integralidade e a equidade, assegurando o direito de todos ao acesso aos serviços públicos de saúde, independentemente da nacionalidade ou condição migratória (BRASIL, 1988). Contudo, a efetivação desse direito depende diretamente da capacidade dos entes subnacionais, em especial dos municípios, de articular recursos administrativos, financeiros e humanos de forma coordenada.

O modelo de descentralização do SUS, embora fundado na ideia de democratização da gestão, produz assimetrias estruturais que se manifestam de forma aguda quando confrontadas com demandas emergentes, como a migração internacional. A ausência de políticas municipais específicas e a limitação orçamentária dificultam a implementação de ações voltadas à população migrante. Ventura (2019) observa que, embora o arcabouço jurídico brasileiro seja um dos mais avançados do mundo em termos de direitos migratórios, o país ainda carece de instrumentos de governança local capazes de garantir a efetividade da inclusão sanitária dos migrantes.

Nesse cenário, a noção de governança multinível da saúde assume importância estratégica. Trata-se de um modelo de articulação entre diferentes esferas de poder (federal, estadual e municipal) que busca integrar políticas, recursos e saberes para a promoção da saúde em contextos complexos (GUERRA; VENTURA, 2017). A esse arranjo vertical soma-se uma dimensão horizontal: a cooperação, no próprio território, entre o poder público, organizações internacionais, universidades e entidades da sociedade civil, capaz de mitigar lacunas estruturais da gestão local.

É precisamente essa tensão entre a universalidade normativa do SUS e as capacidades desiguais dos municípios, mediada pela presença ou ausência de arranjos de governança colaborativa, que orienta o exame dos dois casos deste estudo. As seções seguintes analisam, primeiro, a experiência de Foz do Iguaçu (PR),

caracterizada pela densidade de sua rede interinstitucional, e, em seguida, a de Feira de Santana (BA), marcada pela fragilidade dos arranjos locais de acolhimento.

3.4 Foz do Iguaçu: estrutura institucional e respostas locais, com destaque à UNILA

A cidade de Foz do Iguaçu, localizada na tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, representa um dos espaços mais complexos e simbólicos da política migratória brasileira. Sua posição geográfica a transforma em porta de entrada e corredor humanitário para migrantes e refugiados provenientes de diversos países, especialmente do Haiti e Venezuela. Essa condição confere ao município uma dinâmica multicultural singular e, simultaneamente, o desafio de organizar respostas institucionais capazes de articular acolhimento, integração e acesso à saúde pública. De acordo com o relatório da Organização Internacional para as Migrações (OIM, 2022), a cidade apresenta uma rede intersetorial composta por órgãos públicos, universidades, organismos internacionais e entidades da sociedade civil, articulados em torno de protocolos de acolhimento, saúde e integração social.

Segundo a OIM (2022), Foz do Iguaçu possui um Protocolo de Assistência a Migrantes em Situação de Vulnerabilidade, instituído em 2018, que prevê a articulação direta com a Secretaria Municipal de Saúde, garantindo atendimento universal e não discriminatório no Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive a pessoas sem documentação. O relatório também registra que o município foi certificado com o Selo MigraCidades (OIM/UFRGS) em 2020 e 2021, em reconhecimento às boas práticas de gestão migratória e de promoção dos direitos humanos.

Não obstante, um episódio emblemático ocorreu em 2006, quando o então Secretário Municipal de Saúde propôs restringir o atendimento de estrangeiros, sobretudo brasiguaios, sob a justificativa de controlar o acesso ao recém-implantado Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS). A medida gerou ampla repercussão negativa na imprensa e entre entidades de direitos humanos, sendo posteriormente rechaçada com base nos princípios constitucionais de universalidade e equidade do SUS. O

episódio evidencia como interpretações restritivas da legislação e fragilidades na governança migratória podem comprometer a efetividade do direito à saúde em contextos fronteiriços.

Ao longo das últimas duas décadas, contudo, Foz do Iguaçu desenvolveu uma infraestrutura institucional e comunitária diferenciada no tratamento das questões migratórias. Essa rede, consolidada ao longo dos últimos quinze anos como experiência de governança local multissetorial, é composta por instituições como a Casa do Migrante, a Cáritas Diocesana e a Pastoral do Migrante, a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), o Comitê Municipal de Atenção aos Migrantes, Refugiados e Apátridas, a Secretaria Municipal de Assistência Social, e, em tese, a Itaipu Binacional (ZÁRATE, 2025). No âmbito da saúde, essa estrutura traduz-se em práticas concretas de governança colaborativa, nas quais o poder público municipal conta com o suporte de atores não estatais para a efetivação do direito à saúde previsto na Constituição Federal e na Lei de Migração (BRASIL, 2017).

Um dos principais pilares dessa rede é a UNILA que, desde sua criação em 2010, assumiu a missão de promover a integração acadêmica, social e cultural da América Latina. A instituição adota o português e o espanhol como línguas oficiais em suas atividades acadêmicas, uma interculturalidade estrutural que, ao contrário do que ocorre na maioria das instituições públicas brasileiras, reduz de partida a barreira linguística que costuma obstruir o acesso da população migrante aos serviços. Em 2025, segundo dados da AgênciaGov (2025), 37% do corpo discente da UNILA era composto por migrantes e refugiados provenientes de 34 nacionalidades, consolidando a instituição como referência nacional em políticas de inclusão e acolhimento.

A atuação da universidade junto a populações deslocadas antecede a própria crise venezuelana. Em 2015, foi lançado o Pró-Haiti, programa de apoio à inserção de haitianos refugiados; em 2018, a iniciativa foi ampliada para acolher refugiados, solicitantes de refúgio e portadores de visto humanitário de qualquer nacionalidade, por meio do Processo Seletivo para Refugiados e Portadores de Visto Humanitário (PSRH). Trata-se de uma via de acesso ao ensino superior público e gratuito que dispensa a aplicação de provas, já que a classificação se baseia no histórico escolar, e que estende o direito de concorrer aos familiares dependentes do refugiado. As

edições recentes ofertam, anualmente, 114 vagas distribuídas em 29 cursos de graduação, e, entre os ingressantes, figuram estudantes venezuelanos (UNILA, 2026).

Para além do ingresso, a UNILA construiu estruturas próprias de permanência e acompanhamento, reconhecendo que os estudantes em condição de refúgio demandam um olhar diferenciado em relação aos demais estudantes internacionais. Por meio da Comissão de Acompanhamento de Estudantes Refugiados e Portadores de Visto Humanitário (CAERH), composta por servidores técnicos, docentes e estudantes, a universidade mantém programa institucional de apadrinhamento e tutoria acadêmica, voltado à inclusão, permanência e acompanhamento psicossocial de estudantes refugiados e portadores de visto humanitário. As ações do programa incluem oficinas de integração cultural, mediação institucional com a Secretaria Municipal de Saúde e atividades de formação sobre saúde mental, xenofobia e direitos humanos, buscando fortalecer o sentimento de pertencimento e a permanência estudantil. Essas iniciativas integram a política de apoio da UNILA à comunidade migrante, em articulação com o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) e com a rede de proteção social do município (UNILA, 2023).

A UNILA é, ainda, um dos núcleos coordenadores da Cátedra Sérgio Vieira de Mello (CSVM), programa do ACNUR que articula atualmente 42 universidades brasileiras voltadas à promoção de direitos e à integração de pessoas refugiadas e migrantes. A Cátedra consolidou-se como espaço permanente de reflexão e ação sobre migração e refúgio, com atividades que extrapolam o campo educacional e alcançam a saúde pública e a assistência social. Entre 2023 e 2024, a rede nacional realizou mais de 560 atendimentos psicossociais e 600 atendimentos clínicos a migrantes e refugiados em diferentes regiões do país, com participação ativa da UNILA nas ações de extensão e formação intercultural desenvolvidas em Foz do Iguaçu, incluindo projetos de atenção em saúde intercultural e acolhimento psicossocial em parceria com a Prefeitura Municipal (ACNUR, 2024; CSVM/UNILA, 2024; AGÊNCIAGOV, 2025).

Entre as iniciativas mais recentes, destaca-se o projeto de extensão “Promoção da Saúde do Migrante: Um Enfoque Holístico”, desenvolvido entre julho e dezembro de 2024, vinculado à Pró-Reitoria de Extensão (PROEX/UNILA), sob coordenação da professora Paula Fernandez e do estudante de medicina Yonel Estavien, com supervisão da professora Rosana Álvarez Callejas. Realizado em parceria com a

Associação des Jeunes Haïtiens en Sciences de la Santé (AJHASS), a Cátedra Sérgio Vieira de Mello e o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, o projeto teve como objetivo capacitar profissionais de saúde e promover a alfabetização em saúde entre migrantes e refugiados (ESTAVIEN, 2025). Foram realizadas quatro oficinas comunitárias, grupos de terapia e apoio psicológico e ações de mediação intercultural junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de campanhas de vacinação, cursos de formação para agentes comunitários e produção de cartilhas multilíngues, em português, espanhol, francês e crioulo haitiano, adaptadas ao perfil sociocultural da população migrante.

Os impactos do projeto foram expressivos: profissionais de saúde tornaram-se mais preparados para lidar com pacientes estrangeiros, e a comunidade migrante passou a demonstrar maior conhecimento sobre seus direitos e sobre o funcionamento do SUS. A metodologia de alfabetização em saúde, inspirada nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024), resultou na criação de protocolos locais de acolhimento humanizado, fortalecendo o diálogo entre gestores municipais e mediadores interculturais. O enfoque intercultural da iniciativa foi reconhecido pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania como boa prática de integração humanitária, destacando o papel da UNILA como mediadora institucional entre migrantes e o poder público local.

Outro eixo de destaque em Foz do Iguaçu é a Casa do Migrante, fundada em 2008 pela Cáritas Diocesana, com apoio da Prefeitura Municipal e da Pastoral do Migrante. Desde então, tornou-se um dos principais pontos de acolhimento e referência humanitária da fronteira, oferecendo moradia temporária, alimentação, orientação documental e jurídica e encaminhamento à rede pública de saúde. Segundo o estudo de Zárate (2025), a Casa realiza em média 40 atendimentos diários, recebendo migrantes venezuelanos, haitianos, congoleses e sírios. Apesar da relevância social, enfrenta crônica insuficiência de recursos financeiros e ausência de repasses regulares, mantendo-se ativa graças ao voluntariado e à cooperação com a UNILA e com a Cátedra Sérgio Vieira de Mello. Essa dinâmica caracteriza o que autores denominam governança por redes solidárias, em que atores não estatais preenchem lacunas das políticas públicas formais.

Já a Itaipu Binacional desempenha papel central no desenvolvimento regional da tríplice fronteira, com reconhecida capacidade financeira e institucional. O Relatório

Anual de 2023 destaca investimentos expressivos em programas de responsabilidade socioambiental e em ações de desenvolvimento sustentável, especialmente nas áreas de saneamento, energias renováveis e fortalecimento comunitário (ITAIPU BINACIONAL, 2024). No entanto, observa-se que tais investimentos mantêm foco prioritário em projetos de infraestrutura e meio ambiente, com pouca ou nenhuma destinação direta a iniciativas de acolhimento ou integração de migrantes e refugiados, ainda que Foz do Iguaçu figure como uma das cidades brasileiras com maior fluxo de migração internacional.

Essa lacuna é particularmente sensível diante da situação de entidades locais como a Casa do Migrante, que enfrenta dificuldades financeiras recorrentes, e da própria Cátedra Sérgio Vieira de Mello, responsável por projetos de inclusão, formação intercultural e apoio psicossocial sem dispor de parcerias estruturadas com a Itaipu. A governança migratória local, conforme aponta a OIM (2022), depende justamente da articulação entre poder público, setor privado e sociedade civil. Assim, a Itaipu, enquanto principal agente econômico regional, poderia exercer papel estratégico na consolidação de uma política pública de integração de migrantes; sua ausência nesse campo revela uma contradição entre discurso e prática, pois, embora afirme compromisso com a sustentabilidade e a dignidade humana, a empresa não incorpora plenamente as dimensões humanitária e intercultural de sua área de influência direta. Essa constatação não anula os avanços socioambientais obtidos, mas evidencia a necessidade de uma reorientação institucional, capaz de integrar a pauta migratória às políticas de responsabilidade social, passo decisivo rumo a uma governança verdadeiramente inclusiva e coerente com a liderança territorial que a Itaipu historicamente ocupa.

No plano normativo, é necessário destacar o I Plano Municipal de Políticas Públicas para Migrantes, Refugiados e Apátridas de Foz do Iguaçu (2024–2028), marco na proteção dos direitos do migrante e instrumento programático que orienta a ação estatal local para acolhimento, proteção e integração socioeconômica de pessoas em mobilidade internacional. Instituído pelo Decreto nº 32.607/2024, o Plano define princípios, como direitos humanos, não discriminação, intersetorialidade e participação social, e estabelece governança coordenada pela Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Relações com a Comunidade (SMDHRC), com atuação do Comitê Municipal e de órgãos setoriais. Estrutura-se em eixos temáticos, como saúde,

educação, assistência social, trabalho, habitação, segurança pública, cultura, esporte e lazer, desdobrados em ações e metas com responsáveis institucionais, priorizando a mediação linguística e cultural, o acesso a serviços, o combate à xenofobia e a inserção laboral. Prevê, ainda, monitoramento contínuo, participação social e prestação de contas pública, demandando a integração de cadastros administrativos e a produção regular de indicadores por nacionalidade, território e perfil demográfico (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2024). Essa previsão normativa orienta a cooperação entre as áreas setoriais, mas não comprova, por si, a existência de uma rede consolidada com resultados mensurados em escala municipal.

À luz das fontes oficiais disponíveis até outubro de 2025, não foi localizado relatório público específico do primeiro ano de implementação do Plano. O próprio documento estabelece que o monitoramento seja contínuo e prevê prestação de contas por audiência pública apenas após os dois primeiros anos, com avaliação final ao término da vigência, em 2028, o que ajuda a explicar a inexistência de um balanço anual formal (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2024). Publicações institucionais e notas de organismos internacionais reconhecem o Plano como marco normativo e de governança local, mas não apresentam indicadores de resultado consolidados para o período inicial (OIM, 2024; ACNUR, 2025). Ademais, trâmites legislativos municipais em 2025, solicitando informações sobre o Comitê Municipal e sobre a alocação orçamentária, sugerem que a administração ainda organizava rotinas de governança e registro (CÂMARA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2025a; 2025b). Em síntese: há reconhecimentos institucionais e movimentações administrativas, porém faltam dados padronizados de implementação capazes de atestar resultados no período inicial.

No plano analítico, permanecem fragilidades estruturais que tensionam a sustentabilidade da política: (i) a consolidação das instâncias de governança intersetorial, com definição do papel e do funcionamento do Comitê e das secretarias; (ii) a integração de bases de dados para monitoramento contínuo e produção de um painel municipal de indicadores por nacionalidade, sexo, idade e território; (iii) a ampliação da capacidade técnica e de quadros, incluindo formação, mediação linguística e cultural e vigilância socioassistencial; (iv) a previsão orçamentária plurianual com metas e responsáveis; e (v) a redução da dependência de parcerias externas para funções essenciais da política. Tais pontos estão alinhados às diretrizes

do próprio Plano, mas demandam evidência pública periódica, como relatórios, painéis e atas com indicadores, para assegurar transparência, aprendizado e correção de rumo (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2024).

Os resultados desse conjunto de programas e instrumentos refletem uma estratégia consolidada de integração entre universidade, sociedade civil e poder público, caracterizando o que Ventura (2019) denomina “diplomacia municipal dos direitos humanos”, que nada mais é do que a atuação proativa de governos locais e instituições parceiras na promoção de políticas inclusivas. O caso de Foz do Iguaçu demonstra que a efetividade do direito à saúde dos migrantes depende não apenas da existência de serviços públicos universais, mas da capacidade institucional de reconhecer a diversidade cultural e de operar de forma intersetorial e intercultural. Em contrapartida, cidades que não dispõem de estruturas semelhantes, como Feira de Santana, analisada na seção seguinte, evidenciam as limitações de uma gestão municipal sem rede institucional de apoio: a comparação entre essas experiências demonstra que o sucesso da política de saúde migratória depende menos do marco normativo nacional e mais da capacidade local de construir arranjos colaborativos e culturalmente sensíveis.

3.5 Feira de Santana: desafios e limitações na atenção à saúde dos migrantes

Feira de Santana ocupa posição estratégica na rede urbana baiana como polo de atração regional, mas a governança municipal para migração internacional revela tensões entre iniciativas assistenciais dispersas e a ausência de uma política pública estruturada e intersetorial. Diferentemente de Foz do Iguaçu, onde uma rede relativamente estável (universidade–sociedade civil–empresa pública–gestão local) se institucionalizou, em Feira a documentação recente mostra ações pontuais, avanços administrativos relevantes e, ao mesmo tempo, fragilidades de coordenação, sobretudo na saúde, educação e assistência.

Compreender a situação dos Warao em Feira de Santana exige recuar à sua origem e à natureza estrutural de seu deslocamento. Os Warao são um dos povos mais antigos da América do Sul, habitando há milênios a região do Delta do Orinoco,

no estado Delta Amacuro, no nordeste da Venezuela. O próprio nome significa “povo da canoa”, referência ao uso histórico dessa embarcação como principal meio de transporte e à sua relação umbilical com as águas do delta. Pescadores e agricultores, estimados em cerca de 49 a 50 mil indivíduos em seu território de origem, os Warao partilham uma língua comum, o warao, mas possuem uma acentuada heterogeneidade interna, informada pela comunidade ou sub-região do delta de onde provêm (ACNUR, 2021). Essa diversidade interna não é um detalhe etnográfico: ela tem implicações diretas sobre a vida nos espaços de acolhimento, pois a convivência forçada entre grupos de origens distintas em um mesmo abrigo frequentemente se mostra conflituosa.

O deslocamento dos Warao não pode ser reduzido à crise econômica venezuelana iniciada em 2014. Suas raízes são mais profundas e remontam a décadas de pressões sobre seu território. Ainda na década de 1960, o represamento do rio Manamo, no âmbito de um projeto governamental de expansão agrícola, alterou drasticamente o ecossistema do delta e forçou muitos Warao a migrar para centros urbanos. A esse processo somaram-se, ao longo das décadas seguintes, o avanço de empresas petrolíferas, da mineração, do narcotráfico e da grilagem sobre suas terras. Em 1992, um surto de cólera dizimou comunidades inteiras e inaugurou um processo de estigmatização que passou a associar os Warao à ideia de “sujeira” e de “risco à saúde pública”, estigma esse que os acompanharia em suas migrações. Foi também nesse contexto que a mendicância urbana emergiu, iniciada por mulheres que se dirigiam às cidades para exigir assistência à saúde, como forma de reivindicação de direitos. A crise iniciada em 2014 apenas intensificou um movimento que já vinha de longa data (TRAVESSIA, 2024; AGÊNCIA PÚBLICA, 2024).

No Brasil, o fluxo Warao ingressou por Roraima e pelo Amazonas e, a partir de 2018, dispersou-se por meio da interiorização: alcançou o Pará e o Maranhão, expandiu-se para o Nordeste e, em 2019 e 2020, chegou às regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. É nesse movimento de capilarização pelo território nacional que se insere a chegada dos Warao a Feira de Santana. A magnitude da presença Warao no país levou, inclusive, ao seu reconhecimento como novo povo indígena brasileiro: segundo o Ministério dos Povos Indígenas, os Warao nascidos em território nacional passam a integrar a lista de etnias indígenas do Brasil (AGÊNCIA PÚBLICA, 2024).

Cabe destacar que quase metade dessa população é composta por crianças e adolescentes, o que agrava sua vulnerabilidade.

Do ponto de vista da saúde, foco deste trabalho, a condição dos Warao expõe com nitidez os limites da universalidade do SUS diante da diferença cultural. Nos abrigos brasileiros, registram-se surtos de tuberculose, desnutrição, diarreia, escabiose e infecções sexualmente transmissíveis, além de mortes de crianças por doenças evitáveis. Um fenômeno especialmente revelador é a recusa a tratamentos médicos: se, do ponto de vista dos profissionais de saúde, tal recusa é por vezes lida como negligência, do ponto de vista dos Warao ela decorre do choque entre o protocolo biomédico e suas concepções próprias de corpo, doença e cuidado. Aqui reside o cerne do problema intercultural: a ausência de mediação linguística e cultural transforma o encontro entre o migrante indígena e o serviço de saúde em desencontro, esvaziando o princípio da equidade. Não por acaso, a legislação brasileira prevê, desde a Portaria nº 254/2002 do Ministério da Saúde, uma política de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas. Sua aplicação aos Warao, contudo, é ainda incipiente e desigual entre os municípios (BRASIL, 2002).

É diante desse pano de fundo que se compreende o marco empírico central deste estudo: a presença do povo indígena Warao no bairro Mangabeira, na chamada Vila da Rua Tupinambás. Em 25 de outubro de 2024, a Prefeitura informou que 62 Warao residiam no local e noticiou o apoio municipal ao deslocamento de uma família à Delegacia de Imigração da Polícia Federal, em Salvador, para formalizar o Registro Nacional Migratório após deferimento de refúgio pelo CONARE; o acompanhamento envolveu dois advogados, um assistente social e um profissional de saúde do município. A nota destaca ainda que outros quatro venezuelanos regularizaram a situação em 15 de outubro de 2024, e afirma que, desde 2020, o grupo recebe acompanhamento socioassistencial, acesso aos serviços de saúde e educação, inscrição no CadÚnico, Bolsa Família, atendimento pelos CRAS/PAIF/SCFV, benefícios eventuais (como aluguel social, natalidade e funeral) e apoio documental (PREFEITURA DE FEIRA DE SANTANA, 2024a).

Todavia, um mês depois, em 27 de novembro de 2024, a Prefeitura comunicou a evasão de cerca de 70 refugiados Warao que ocupavam 13 imóveis na mesma vila. O informe registra que as crianças deixaram de frequentar as escolas e as UBS de referência e que o município acionou PF, MP, DPU e MDHC para buscas e proteção

de direitos, ressaltando que benefícios e enxovais (renovados em 12/11) e aluguel social estavam mantidos (PREFEITURA DE FEIRA DE SANTANA, 2024b). O contraste entre a narrativa de assistência continuada e a ruptura súbita do vínculo territorial indica vulnerabilidade habitacional e instabilidade da integração, com impacto direto no acesso regular à APS e à vigilância em saúde.

Relatos recentes colhidos em entrevista com lideranças do terceiro setor e representantes de projeto de extensão da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) evidenciam a persistência de graves violações de direitos humanos no tratamento dispensado ao povo Warao no município. Segundo Carla Silva, assistente social e militante do Movimento Nacional da População de Rua, e Maria Helena Besnosik, professora aposentada da UEFS, o grupo indígena foi abrigado, entre 2020 e 2024, em condições precárias em uma vila residencial sem infraestrutura adequada, com dívidas acumuladas de aluguel por parte da prefeitura. Durante esse período, foram identificadas diversas negligências no atendimento em saúde, inclusive a morte de uma criança e de um adulto por pneumonia, cuja assistência médica foi tardia ou inexistente (SILVA; BESNOSIK, 2025).

A ausência de protocolos específicos, a barreira linguística, uma vez que o grupo fala o idioma indígena warao, e a falta de articulação entre os serviços de saúde, assistência social e educação dificultaram o acesso integral aos direitos. Conforme relatado, o CRAS atuava de forma burocrática e excludente, negando inicialmente o direito ao CadÚnico sob a justificativa de que “estrangeiros” não teriam acesso aos benefícios da assistência social. Apenas com o esforço de militantes e acadêmicos foi possível garantir o cadastramento e o recebimento do Bolsa Família. As condições de moradia precária, ausência de planejamento familiar e falta de alimentação adequada impactaram diretamente a saúde física e mental da população, especialmente de mulheres e crianças, que sofriam com desnutrição, diarreia e infecções respiratórias recorrentes. A Defensoria Pública da União, por meio da atuação do defensor Maurício Moutinho, desempenhou papel fundamental no tensionamento institucional e na fiscalização das ações do município, embora com avanços limitados (SILVA; BESNOSIK, 2025).

A partir dos relatos, observa-se que o acolhimento prestado pelo poder público municipal careceu de qualquer abordagem intercultural, sendo marcado por ações pontuais e assistencialistas, desvinculadas de um projeto estruturado de inclusão e

proteção de direitos. Em contrapartida, o terceiro setor, composto por entidades como o Movimento Nacional de População de Rua, a Pastoral do Povo de Rua e o Centro Aplicado de Direitos Humanos, foi o principal agente na linha de frente do atendimento aos Warao, promovendo ações de saúde, documentação e educação intercultural, apesar da ausência de recursos institucionais (SILVA; BESNOSIK, 2025).

A comparação com experiências bem-sucedidas evidencia que esse fracasso não é inevitável. Em Porto Alegre, a existência de uma equipe técnica municipal de atenção à saúde dos povos indígenas permitiu acolher os Warao com atenção diferenciada, ancorada no reconhecimento de que o SUS é universal e atende independentemente da nacionalidade (UFRGS, 2021). O contraste com Feira de Santana, onde, como demonstram os relatos colhidos nesta pesquisa, o acolhimento se deu de forma reativa e sem estrutura intercultural, reforça o argumento central deste trabalho: a efetivação do direito à saúde do migrante depende menos da norma, que é universal, do que da existência, no território, de arranjos institucionais sensíveis à diferença.

As audiências públicas realizadas na Câmara Municipal ajudam a entender a fragilidade institucional. Em 21 de outubro de 2023, o Ministério da Justiça anunciou a Rede Nacional de Cidades Acolhedoras e a necessidade de adesão municipal; lideranças locais reivindicaram planejamento intersetorial e a criação de um Comitê Municipal de Migrantes e Refugiados. No mesmo ato, o proprietário da “Vila Warao” relatou inadimplência do aluguel social desde fevereiro de 2020, enquanto organizações e a UEFS pontuaram urgências: moradia, educação inclusiva (com respeito a língua e cultura) e instalação do Comitê (CÂMARA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA, 2023). A coexistência de declarações oficiais de apoio e denúncias de falhas na execução sugere desalinhamento entre decisão política, provisão orçamentária e gestão do caso, com repercussões diretas no cuidado em saúde (ex.: abandono de seguimento, perdas vacinais, barreiras comunicacionais).

A sociedade civil e a academia têm tentado suprir lacunas. Em 2025, a UNIFACS Feira de Santana noticiou o Projeto de Extensão “Centro de Serviços ao Migrante”, em parceria com a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos da Bahia, com visita técnica à vila de Mangabeira, diagnóstico de condições precárias e acesso limitado a saúde, educação e assistência; o projeto articula rede de apoio, reforça mediação para documentação e matrículas escolares, e atua como agente fiscalizador

e facilitador (UNIFACS, 2025). Essa dinâmica confirma que respostas locais têm dependido de mobilização extra-Estado e parcerias ad hoc, em vez de rotinas institucionais de saúde intercultural (capacitação de equipes, materiais bilíngues, protocolos de triagem e contrarreferência, agentes de mediação).

As observações de Ludolf (2023) complementam esse diagnóstico ao descrever o funcionamento do Centro de Serviços ao Migrante (CSM/UNIFACS), cuja atuação se estende a Feira de Santana e outros municípios do interior baiano. O CSM realiza atividades de acolhimento, orientação jurídica, encaminhamento à rede do SUS, oficinas de integração cultural e cursos de português como língua de acolhimento, em parceria com a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos (SJDH) e o ACNUR. A autora destaca que essas ações universitárias suprem parcialmente a ausência de políticas municipais, desempenhando funções que deveriam ser exercidas pelo Estado local.

Segundo Ludolf (2023), o problema não reside apenas na escassez de recursos, mas na desconexão entre os níveis de governo e na falta de reconhecimento do migrante como sujeito político de direitos. A “invisibilidade do migrante” é simultaneamente institucional e simbólica: manifesta-se tanto na ausência de marcos legais e orçamentários quanto na forma como o poder público local e parte da sociedade naturalizam a exclusão desses sujeitos. Essa leitura contribui para compreender a ausência de políticas integradas de saúde e moradia em Feira de Santana, bem como a dependência de redes informais de apoio.

Além disso, a tese traz dados empíricos relevantes. Entre 2010 e 2023, a Bahia registrou um crescimento de mais de 350% no número de migrantes venezuelanos regularizados, com concentração em municípios de médio porte como Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista (LUDOLF, 2023, p. 217). Esses dados reforçam o caráter estrutural e não episódico da migração venezuelana no estado, contrapondo-se à percepção de que se trata de um fluxo temporário.

A história local mostra capacidade de inovação social: entre as décadas de 1960–1980, o Serviço de Integração de Migrantes (SIM) atendeu mais de 25 mil migrantes com 90 dias de assistência integral (alimentação, saúde, documentação, educação e qualificação), experiência considerada de alto impacto por organismos internacionais (PREFEITURA DE FEIRA DE SANTANA, 2024c). Este legado contrasta com a ausência contemporânea de uma política municipal de migração que integre

saúde, assistência e educação sob governança clara, indicadores públicos e orçamento identificado.

Em termos sanitários, os episódios de saída em massa e de intermitência escolar sugerem riscos de descontinuidade no acompanhamento de condições agudas e crônicas, na cobertura vacinal e em ações de prevenção (IST, tuberculose e agravos sazonais), além de barreiras linguísticas e informacionais reportadas na nossa pesquisa de campo (2025). Uma agenda mínima para o SUS municipal deveria incluir: (i) cadastro nominal e vínculo territorial dos núcleos familiares; (ii) mediadores culturais e materiais bilíngues em espanhol (e, se possível, warao); (iii) capacitação de equipes de APS/urgência em atenção intercultural; (iv) fluxos de regulação e contrarreferência pactuados com assistência social e educação; e (v) monitoramento público (cobertura vacinal, consultas, pré-natal, surtos, evasão escolar), com boletins trimestrais.

Em síntese, as fontes demonstram que há atuação municipal (regularização documental, CadÚnico, benefícios, acompanhamento via CRAS e apoio logístico à PF). Contudo, também revelam disputas narrativas e gargalos de execução (moradia/aluguel social, continuidade do cuidado, comunicação), além da inexistência de um arranjo estável de governança (comitê, plano, metas, orçamento, indicadores) que converta ações pontuais em política pública. Essa dualidade explica por que, em saúde, o acesso dos migrantes venezuelanos em Feira permanece frágil, reativo e pouco intercultural, sobretudo quando comparado ao modelo colaborativo de Foz do Iguaçu.

3.6 Análise comparativa: diferenças e similaridades

A comparação entre os contextos de Foz do Iguaçu e Feira de Santana revela que, embora ambos os municípios estejam sujeitos às mesmas diretrizes constitucionais e legais no que tange ao direito universal à saúde, os resultados alcançados na efetivação desse direito são profundamente distintos. Essa divergência se deve, sobretudo, à diferença na capacidade institucional, à estrutura de governança e à densidade das redes locais de apoio voltadas à população migrante.

Em Foz do Iguaçu, a presença de uma rede interinstitucional consolidada favorece a implementação de políticas públicas voltadas à inclusão social e sanitária dos migrantes venezuelanos. A cidade se destaca por articular, de forma coordenada, órgãos do poder público municipal, universidades, organismos internacionais e entidades da sociedade civil, como a Casa do Migrante, a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), e a Cátedra Sérgio Vieira de Mello (CSVM). Essa articulação intersetorial resulta em uma governança colaborativa que garante maior previsibilidade e continuidade às ações, integrando assistência social, documentação, moradia e, especialmente, acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Projetos e ações de extensão vinculados à UNILA, em especial o "Promoção da Saúde do Migrante: um enfoque holístico", exemplificam a operacionalização de diretrizes de atenção intercultural por meio de capacitação de profissionais, oficinas com populações migrantes e refugiadas e produção de materiais educativos multilíngues, realizados em parceria com a AJHASS e a Cátedra Sérgio Vieira de Mello/UNILA (CSVM-UNILA), com apoio do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, e exemplificam a transformação de diretrizes normativas em práticas concretas de atenção intercultural. Nessas iniciativas, o atendimento bilíngue, a capacitação de profissionais e a produção de materiais educativos multilíngues têm contribuído para reduzir barreiras linguísticas, promover a literacia em saúde e fortalecer o vínculo dos migrantes com os serviços públicos (ESTAVIEN, 2025; ZÁRATE, 2025; ACNUR, 2024).

Por outro lado, Feira de Santana apresenta uma dinâmica institucional mais fragmentada. Embora a Prefeitura Municipal, por meio da Secretaria de Desenvolvimento Social (Sedeso), desempenhe papel relevante na assistência aos migrantes venezuelanos, as ações se concentram na esfera da proteção social e não se articulam plenamente com a política municipal de saúde. A atuação do município tem sido marcada por medidas emergenciais, como a concessão de aluguel social, o cadastramento em programas federais de transferência de renda e o apoio à regularização migratória junto à Polícia Federal. Apesar de importantes, essas iniciativas carecem de integração intersetorial e de mecanismos de acompanhamento permanentes. A ausência de um Comitê Municipal de Migrantes e Refugiados, de um plano de políticas migratórias e de indicadores públicos de monitoramento limita a capacidade de gestão e torna as respostas locais reativas, dependentes de parcerias externas e da atuação pontual de organizações como a Universidade Salvador

(UNIFACS) e a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos da Bahia (SJDH) (UNIFACS, 2025; PREFEITURA DE FEIRA DE SANTANA, 2024a).

O contraste entre as duas experiências evidencia que a institucionalização da política migratória em Foz do Iguaçu resulta em ações mais estruturadas, enquanto a fragmentação em Feira de Santana gera instabilidade e descontinuidade no atendimento. A evasão de aproximadamente setenta refugiados da etnia Warao em novembro de 2024, registrada pela Prefeitura de Feira de Santana, ilustra as consequências da ausência de planejamento intersetorial, com impactos diretos sobre o acompanhamento em saúde, educação e assistência social (PREFEITURA DE FEIRA DE SANTANA, 2024b). Em Foz do Iguaçu, ao contrário, a integração entre poder público, universidades e sociedade civil garante maior estabilidade territorial e continuidade do cuidado, mesmo em contextos de alta mobilidade populacional.

Apesar das diferenças, há alguns pontos de convergência. Em ambas as cidades, observa-se o empenho de agentes públicos e sociais em assegurar direitos básicos, mesmo diante de limitações orçamentárias e institucionais. Tanto Foz do Iguaçu quanto Feira de Santana têm buscado, ainda que em níveis distintos, integrar o atendimento social e de saúde aos programas de regularização migratória e de acesso a benefícios federais, como o Cadastro Único e o Bolsa Família. Entretanto, enquanto em Foz do Iguaçu essa integração é institucionalizada, em Feira de Santana ocorre de modo fragmentado, sem protocolos definidos e sem mediação cultural efetiva.

A análise comparativa confirma o argumento de Ventura (2019) de que a efetividade das políticas públicas para migrantes depende menos da abrangência do marco legal nacional e mais da capacidade local de articular atores e construir mecanismos de governança sensíveis à diversidade cultural. Em Foz do Iguaçu, a presença de uma universidade pública com vocação internacional e a atuação de entidades parceiras permitiram converter a legislação em práticas concretas. Já em Feira de Santana, a ausência de coordenação intersetorial, aliada à falta de recursos e de planejamento, impede que o direito à saúde dos migrantes se realize plenamente. Assim, a experiência paranaense pode ser compreendida como uma referência de governança colaborativa em matéria migratória, enquanto a baiana revela os desafios e as lacunas ainda presentes em muitos municípios brasileiros, sobretudo fora dos grandes centros urbanos.

Em síntese, o contraste entre os dois casos demonstra que o acesso à saúde de migrantes e refugiados é fortemente determinado pela maturidade institucional e pela densidade das redes locais de proteção. A consolidação de políticas municipais integradas, a formação intercultural de profissionais e a criação de mecanismos de mediação cultural constituem, portanto, condições essenciais para a efetivação do direito universal à saúde em contextos de mobilidade humana.

A comparação entre Foz do Iguaçu e Feira de Santana revela também a dimensão simbólica da política migratória: a disputa pela visibilidade pública e política do sujeito migrante. Ludolf (2023) demonstra que, na Bahia, os migrantes, especialmente os venezuelanos da etnia Warao, são frequentemente representados apenas como destinatários de assistência emergencial, e não como sujeitos ativos de direitos. Essa leitura se alinha à perspectiva decolonial de autores como Achille Mbembe (MBEMBE, 2018 apud LIMA, 2018), segundo os quais a negação da voz política ao estrangeiro reproduz formas sutis de desumanização herdadas da colonialidade.

Em Foz do Iguaçu, observa-se o contrário: o migrante é reconhecido como parte integrante da comunidade, participando de conselhos, programas de extensão e ações interinstitucionais. A cidade constrói uma narrativa de acolhimento ativo, em que o migrante é coprodutor de soluções e interlocutor da política pública. Já em Feira de Santana, predomina uma visão assistencialista e tutelar, que mantém o migrante na esfera da dependência e impede a consolidação de políticas emancipatórias.

A abordagem de Ludolf (2023) permite, assim, reinterpretar a comparação sob uma perspectiva crítica: mais do que diferenças de capacidade administrativa, o que separa as duas experiências é a presença ou ausência de reconhecimento simbólico do migrante como sujeito político. Onde há visibilidade e participação, como em Foz do Iguaçu, há efetividade de direitos. Onde prevalece a invisibilidade, como em Feira de Santana, há fragmentação e vulnerabilidade.

A análise comparativa permite compreender que o acesso dos migrantes venezuelanos ao SUS é condicionado por fatores estruturais e políticos que transcendem o campo da saúde. O direito universal garantido pela Constituição e pela Lei de Migração requer implementação territorializada, com governança articulada e práticas interculturais.

Em Foz do Iguaçu, a presença de uma universidade pública de vocação internacional, o apoio da Prefeitura Municipal e a articulação com o ACNUR permitiram

criar modelos concretos de inclusão sanitária. Já em Feira de Santana, embora haja esforços de assistência social, falta uma política municipal integrada, o que torna o atendimento fragmentado e vulnerável à descontinuidade.

A experiência de Foz do Iguaçu demonstra que a efetividade do direito à saúde dos migrantes depende da cooperação multissetorial e da interculturalidade institucionalizada. A de Feira de Santana, por sua vez, alerta para os riscos da invisibilidade institucional e da ausência de planejamento.

A migração venezuelana, em especial a dos Warao, funciona como um espelho do federalismo sanitário brasileiro: evidencia os avanços jurídicos e as fragilidades de execução. A consolidação de políticas municipais interculturais é, portanto, não apenas um desafio administrativo, mas um imperativo ético e civilizatório. Como observa Ludolf (2023), a superação da invisibilidade institucional requer que o Estado reconheça a presença migrante não como contingência, mas como componente permanente da realidade social. A efetividade do direito à saúde dos migrantes depende, portanto, de políticas públicas que integrem acolhimento humanitário, interculturalidade e participação social, com base em princípios de justiça cognitiva e reconhecimento cultural.

3.7 Recomendações para a governança da saúde em contextos migratórios

O diagnóstico construído ao longo deste capítulo, como a assimetria de capacidades institucionais entre os municípios, a centralidade da mediação linguística e cultural, a invisibilidade estatística das populações migrantes e a dependência de redes extraestatais, converge para um conjunto articulado de recomendações. Elas se organizam segundo a lógica do federalismo sanitário brasileiro, distribuindo responsabilidades entre União, estados e municípios, e se desdobram, ao final, em propostas específicas para cada um dos casos estudados. O Quadro 3 sintetiza o plano lógico das recomendações, com objetivos, ações prioritárias, indicadores de resultado e responsáveis.

Quadro 3 – Plano lógico de recomendações (União–Estado–Município)

Nível	Objetivo	Ação prioritária	Indicador de resultado (12 meses)	Responsável primário
União	Institucionalizar mediação linguística no SUS	Publicar diretriz nacional de Mediação Linguística em Saúde com financiamento específico	Portaria publicada; % de capitais com serviço de teleinterpretação ativo	MS/SESGES + CONASS/CONASEMS
União	Visibilizar populações migrantes nos sistemas de informação	Incluir campos de nacionalidade/idioma no e-SUS/PEC, SIASUS e SIVEP (opcional, não excludente)	Campos implementados e preenchidos em ≥70% dos atendimentos nas capitais	DATASUS/MS
União/ Estados	Ajustar financiamento à demanda móvel	Criar fator de ajuste migratório nos repasses da APS/MAC	Fator incluído na programação anual; nº de municípios habilitados	MS + Secretarias Estaduais de Saúde
Estado	Apoiar municípios com baixa capacidade	Implantar CRAI-Saúde (núcleos regionais de apoio intercultural)	1 CRAI/Região de Saúde; nº de atendimentos apoiados	SES + Escolas de Saúde Pública
Estado	anhar eficiência	Compras compartilhadas de serviços de teleinterpretação e materiais bilíngues	Contrato vigente; custo por minuto reduzido ≥20%	SES + Central de Compras
Município	Organizar a governança local	Instituir Comitê Intersetorial e Plano Municipal de Migração e Saúde	Comitê ativo; Plano publicado; reuniões trimestrais	SMS + SAS/Assistência Social
Município	Melhorar a experiência do cuidado	Implantar acolhimento intercultural (triagem de barreiras, cartazes e fichas bilíngues, teleinterpretação) nas UBS prioritárias	≥80% dos atendimentos com registro de idioma; satisfação ≥8/10	SMS/APS
Município	Reduzir invisibilidades	Busca ativa e cadastro de famílias migrantes; integração SUS–CRAS–CREAS	≥70% das famílias cadastradas; aumento de 30% na cobertura vacinal infantil	SMS + SAS + OSCs

Fonte: Elaboração própria (2025).

3.7.1 Eixo nacional (União)

No âmbito federal, recomenda-se a publicação de diretrizes nacionais para a mediação linguística em saúde, contemplando interpretação presencial, telefônica e por vídeo, e para a alfabetização em saúde com materiais multilíngues padronizados, acompanhadas de mecanismos de financiamento específicos. É igualmente prioritária a padronização, no e-SUS/PEC, SIASUS e SIVEP-Gripe, de campos opcionais para nacionalidade, idioma e condição migratória, com a disponibilização de dashboards públicos que permitam monitorar acesso, cobertura e desfechos por território. Para ajustar recursos à demanda móvel, propõe-se a criação de um fator de ajuste

migratório nos repasses da Atenção Primária e da Média/Alta Complexidade, com revisão anual. Por fim, a integração entre Saúde, Direitos Humanos e Justiça/Polícia Federal deve viabilizar vias rápidas de regularização documental (CPF, RNM) e a integração automática ao CadÚnico, reduzindo barreiras para procedimentos de saúde e para benefícios complementares.

3.7.2 Eixo estadual

Em nível estadual, sugerem-se Centros Regionais de Apoio Intercultural (CRAI-Saúde) como núcleos de referência capazes de oferecer teleinterpretação, tradução de materiais, apoio psicossocial e matriciamento às equipes municipais. Para ganhos de eficiência, estados podem coordenar compras compartilhadas de serviços de interpretação e de materiais bilíngues, capturando economias de escala. Recomenda-se, ainda, a pactuação de linhas de cuidado regionais, como gestação, puericultura, imunização e doenças crônicas, com versões bilíngues e fluxos intermunicipais claros para pessoas em mobilidade.

3.7.3 Eixo municipal

No plano municipal, a institucionalização de Planos de Migração e Saúde, com comitês intersetoriais, metas anuais, orçamento e prestação de contas pública, deve organizar a governança local. Nas unidades básicas, o acolhimento intercultural requer triagem de barreiras, como idioma preferencial, compreensão de receitas e apoio familiar, disponibilização de cartazes e fichas bilíngues, agendamento protegido a recém-chegados e atuação de navegadores comunitários. A formação permanente deve incorporar competências culturais e direitos de migrantes, com simulações de caso nos serviços mais demandados. Por fim, a governança por redes, por meio de convênios com universidades, organizações da sociedade civil e organismos

internacionais, amplia a capacidade de resposta em ações de saúde, documentação e integração social.

As recomendações por eixo federativo ganham concretude quando aplicadas aos dois casos estudados. O Quadro 4 sintetiza, por dimensão de análise, a situação de cada município e a prioridade imediata correspondente; as subseções seguintes detalham as propostas.

Quadro 4 – Síntese comparativa Foz do Iguaçu × Feira de Santana

Dimensão	Foz do Iguaçu	Feira de Santana	Prioridade imediata
Governança	Rede interinstitucional consolidada; presença de atores-ponte (universidade, OSCs)	Arranjos mais fragmentados, ações pontuais	Instituir comitê e plano municipal
Mediação linguística	Experiências em curso (parcerias/voluntariado), necessidade de sustentabilidade	Lacunas de oferta cotidiana nas UBS/UPA	Contratar teleinterpretação e formação básica
Protocolos	Fluxos de acolhimento mais claros em serviços de referência	Protocolos pouco formalizados	Elaborar e padronizar protocolo de primeira chegada
Dados/monitoramento	Iniciativas de registro e articulação com universidades	Baixa visibilidade estatística local	Criar rotina de registro por nacionalidade/idioma
Populações específicas	Mapeamento mais estável; resposta intersetorial	Lacunas quanto a Warao e recém-chegados	Busca ativa + cartografia social
Sustentabilidade	Risco de dependência de projetos/convênios	Oportunidade de estruturar do zero com baixo custo	Inserir metas e orçamento anual

Fonte: Elaboração própria (2025).

3.7.4 Propostas específicas: Foz do Iguaçu (consolidação e sustentabilidade)

Em Foz do Iguaçu, recomenda-se consolidar os protocolos de acolhimento por meio de uma lei municipal de política migratória que assegure previsibilidade orçamentária e institucional às iniciativas já em curso, como a Casa do Migrante e a mediação intercultural. Para reduzir a dependência de parcerias ad hoc, é pertinente estruturar um plano de sucessão e retenção, mapeando cargos críticos, criando bolsas ou contratos ponte para intérpretes e mediadores culturais e incorporando-os às equipes da Atenção Primária. A gestão da qualidade deve incluir indicadores de experiência do cuidado, como tempo de espera, compreensão do plano terapêutico e satisfação, com recortes por nacionalidade e idioma, publicando relatórios semestrais. Por fim, sugere-se escalar ações de alfabetização em saúde bilíngues sobre uso do

SUS, vacinação, saúde materno-infantil e saúde mental, com foco em recém-chegados.

3.7.5 Propostas específicas: Feira de Santana (estruturação e visibilidade)

Em Feira de Santana, a prioridade é instituir um Comitê Municipal de Migração e Saúde e um protocolo de acolhimento voltado à primeira chegada, integrando, em fluxo de “porta única”, a regularização documental básica, o cadastro em UBS e a inserção no CadÚnico. Recomenda-se realizar mapeamento e registro ativo de famílias migrantes, incluindo povos Warao, com cartografia social dos territórios e atualização trimestral. Parcerias acadêmicas com universidades locais e regionais podem apoiar a mediação cultural, a formação de profissionais e a pesquisa avaliativa com devolutivas para a gestão. No plano assistencial, deve-se implementar um pacote mínimo de comunicação bilíngue, como cartões de vacinação, receituários explicados e sinalização, e garantir teleinterpretação em UBS e UPA. A integração entre SUS, CRAS e CREAS é essencial para viabilizar documentação, benefícios eventuais, aluguel social e proteção a populações com alta mobilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação partiu da indagação sobre como o Sistema Único de Saúde tem respondido às demandas dos migrantes venezuelanos em cidades brasileiras de realidades socioeconômicas distintas, tomando como casos comparados Foz do Iguaçu (PR) e Feira de Santana (BA). A hipótese inicial sustentava que o arcabouço normativo universalista do SUS e da Lei de Migração convive com limitações práticas derivadas das assimetrias regionais, das diferentes capacidades institucionais dos municípios e de barreiras específicas, como documentais, linguísticas, culturais e administrativas, enfrentadas por essa população. O percurso da pesquisa permite afirmar que essa hipótese se confirma: o direito universal à saúde existe no plano normativo, mas sua efetivação é condicionada por capacidades locais desiguais, por políticas de acolhimento ainda pouco consolidadas e por barreiras interculturais que permanecem, em larga medida, subtratadas.

Os três capítulos conduziram a essa conclusão de forma cumulativa. O primeiro sistematizou os fundamentos teóricos e normativos, discutindo as modalidades contemporâneas da migração, a relação entre direitos sociais e o direito humano à saúde, e a governança global e regional da saúde, com ênfase no Mercosul. Evidenciou-se que a proteção sanitária da população migrante demanda coordenação multinível e cooperação regional, não se esgotando no aparato jurídico nacional. O segundo capítulo deslocou a análise para o plano brasileiro, caracterizando a migração venezuelana e seu acesso ao SUS e destacando as barreiras de documentação, idioma, discriminação e sobrecarga dos serviços, bem como a necessidade de políticas interculturais, de mediação linguística e de capacitação profissional. O terceiro capítulo, núcleo empírico do trabalho, comparou as duas cidades e revelou um contraste expressivo.

Em Foz do Iguaçu, observou-se uma rede interinstitucional consolidada, articulando poder público municipal, a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, a Casa do Migrante, a Itaipu Binacional e organizações da sociedade civil, que resulta em arranjos de governança colaborativa capazes de conferir previsibilidade e continuidade às ações de acolhimento e de facilitar o acesso ao SUS. Em Feira de Santana, apesar de esforços e ações pontuais relevantes, predominou a

fragmentação institucional, a menor formalização de políticas específicas e lacunas de informação, particularmente quanto ao povo indígena Warao, o que torna as respostas locais reativas e vulneráveis à descontinuidade. O caso Warao, em especial, opera como um espelho do federalismo sanitário brasileiro: nele convivem o avanço jurídico da universalidade e a fragilidade de sua execução cotidiana.

Do ponto de vista de suas contribuições teóricas e empíricas, o estudo oferece um modelo analítico em camadas, que articula as governanças global, regional e multinível e permite avaliar políticas de saúde em contextos migratórios com maior precisão. A comparação subnacional demonstrou que o SUS efetivamente vivenciado pelas pessoas migrantes é, antes de tudo, local: depende de arranjos institucionais concretos e da densidade das redes territoriais de apoio. Evidenciou-se, ainda, que a interculturalidade e a mediação linguística não são acessórias, mas determinantes da qualidade do cuidado e condição para converter a universalidade normativa em acesso substantivo. Por fim, o trabalho sublinhou que a integração entre saúde e assistência social é indispensável, uma vez que o cuidado pode fracassar quando desconectado de documentação civil, moradia, alimentação e proteção social, daí a centralidade de instrumentos como o Cadastro Único e a portabilidade de benefícios para populações de alta mobilidade.

É à luz desse diagnóstico que se desenvolveram, ao longo do Capítulo 3, as recomendações de governança da saúde em contextos migratórios, organizadas pelos eixos nacional, estadual e municipal e desdobradas em propostas específicas para cada um dos casos estudados. Mais do que prescrições isoladas, tais recomendações partem de um mesmo princípio: o de que não há solução única, sendo necessário modular as políticas por território, financiar segundo a demanda real, qualificar as equipes para a diversidade linguística e cultural e produzir dados que iluminem a tomada de decisão. A própria dificuldade de obtenção de dados oficiais, enfrentada nesta pesquisa, reforça a urgência desse último ponto.

Cumpre reconhecer os limites desta investigação, a amostra reduzida do levantamento de campo, seu foco na realidade de Feira de Santana e a assimetria das fontes entre os dois casos, limites que, longe de anular os achados, delineiam uma agenda de pesquisa futura. Estudos posteriores poderão aprofundar abordagens etnográficas e participativas junto a grupos em maior vulnerabilidade, como o povo Warao, ampliar o número de municípios comparados e incorporar a perspectiva dos

próprios gestores e profissionais de saúde, de modo a robustecer e generalizar as inferências aqui propostas.

Em síntese, a migração venezuelana para o Brasil evidencia a tensão estrutural entre o universalismo jurídico do SUS e a particularidade dos contextos locais. Onde existem arranjos cooperativos e competências interculturais, o direito à saúde deixa de ser promessa e se materializa em trajetórias de cuidado mais equitativas; onde faltam redes e protocolos, multiplicam-se barreiras e invisibilidades que corroem a universalidade no concreto. Acolher com qualidade, nesse sentido, não significa apenas cumprir a lei: significa afirmar um projeto de sociedade inclusivo e solidário, fiel ao pacto civilizatório que sustenta o SUS e ao ideal constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. Que as experiências e os aprendizados aqui reunidos possam contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas e para o fortalecimento das redes que, no cotidiano, asseguram que a universalidade seja vivida por cada pessoa, independentemente de sua origem ou condição migratória.

REFERÊNCIAS

ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. **Os Warao no Brasil**: contribuições da antropologia para a proteção de indígenas refugiados e migrantes. Brasília: ACNUR, 2021.

ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados. **Refúgio em números**: dados sobre refúgio no Brasil e no mundo. Brasília: ACNUR, 2025. Disponível em: https://www.acnur.org/br/dados-refugiados-no-brasil-e-no-mundo. Acesso em: 03 de março de 2025

ACNUR. **Relatório Anual 2023**: proteção e integração de refugiados e migrantes no Brasil. Brasília: ACNUR, 2023.

ACNUR. **Relatório Anual 2024**: Rede Cátedra Sérgio Vieira de Mello no Brasil. Brasília: ACNUR, 2024.

ACNUR. **Relatório Cidades Solidárias Brasil**: proteção e integração de pessoas refugiadas no plano local. Brasília: ACNUR, 2025. Disponível em: https://www.acnur.org/br/sites/br/files/2025-01/relatorio-cidades-solidarias-brasil.pdf. Acesso em: 25 out. 2025.ACNUR. **Operação Acolhida**: resposta do Brasil à crise de refugiados e migrantes da Venezuela. Brasília: ACNUR, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/operacao-acolhida. Acesso em: 5 set. 2024.

AGÊNCIA PÚBLICA. **Nova etnia brasileira, povo Warao luta por território e vida digna**. São Paulo: Agência Pública, 9 ago. 2024. Disponível em: https://apublica.org/2024/08/nova-etnia-indigena-brasileira-povo-warao-luta-por-territorio-e-vida-digna/. Acesso em: 02 de junho de 2026

AGÊNCIAGOV. **UNILA completa 15 anos de transformações em 2025**. Brasília: Empresa Brasil de Comunicação (EBC), 2025.

AGUIAR, M. E.; MOTA, A. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 493-506, 2014.

ALBUQUERQUE, T. **A inserção dos refugiados venezuelanos no mercado de trabalho do Nordeste**: desafios e oportunidades. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2020.

ALMEIDA, G. M. R. de; BAENINGER, R. **Modalidades migratórias internacionais**: da diversidade dos fluxos às novas exigências conceituais. São Paulo: NEPO/UNICAMP, 2009.

ALMEIDA, J. **Migrações contemporâneas no Brasil**: desafios e perspectivas. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2022.

ÁLVARO, Vacy. **Em doze anos, Foz do Iguaçu recebeu quase 15 mil imigrantes de 95 nacionalidades**. H2Foz, Foz do Iguaçu, 14 dez. 2023. Disponível em: https://www.h2foz.com.br/geral/95-nacionalidades-foz-do-iguacu/. Acesso em: 29 jun. 2026.

AMNESTY INTERNATIONAL. **Venezuela: new research shows how calculated repression by Maduro government could constitute the crime against humanity of persecution**. Disponível em: https://www.amnesty.org. Acesso em: 5 out. 2024.

ARRUDA-BARBOSA, L. et al. Migrantes venezuelanos e direito à saúde: percepções de técnicos de enfermagem de um hospital geral. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, e34036, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434036pt. Acesso em: 16 dez. 2024.

BAENINGER, R. et al. (Org.). **Migrações Sul-Sul**. 2. ed. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – NEPO/UNICAMP, 2018.

BAENINGER, R. **Migrações internacionais no século XXI**: desafios para uma agenda de pesquisa. São Paulo: NEPO/UNICAMP, 2014.

BECK, Ulrich. **O que é globalização?**: equívocos do globalismo, respostas à globalização. Tradução de André Carone. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

BESNOSIK, Maria Helena. **Entrevista sobre o acolhimento do povo Warao em Feira de Santana**. Feira de Santana, 2025. Entrevista concedida a João Carlos Santana Correia, por chamada de vídeo. Arquivo sob a guarda do autor.

BOBBIO, Norberto. **O positivismo jurídico**: lições de filosofia do direito. São Paulo: Ícone, 1995.

BRANCO, M. L. **O SUS na fronteira e o direito**: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. 2009. Monografia (Especialização) – Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografias/marisa_branco_sus_fronteira_direito.pdf. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. Casa Civil. **Operação Acolhida**: acolhimento aos venezuelanos no Brasil. Brasília, DF: Casa Civil, 2018. Disponível em: http://www.casacivil.gov.br. Acesso em: 5 set. 2025.

BRASIL. Casa Civil. **Operação Acolhida**: relatório de gestão 2018-2023. Brasília, DF: Casa Civil da Presidência da República, 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 out. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 5.105, de 14 de junho de 2004**. Promulga o acordo entre o Brasil e o Uruguai para a permissão de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriços. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm. Acesso em: 6 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Operação Acolhida**: relatório de interiorização dos refugiados venezuelanos. Brasília, DF: MJ, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002**. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral para Migrantes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://www.saude.gov.br. Acesso em: 2 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Portaria nº 552/GM, de 13 de abril de 2005**. Aprova o documento Matriz Mínima de Registro de profissionais de saúde do Mercosul. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 734, de 2014**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria nº 929, de 2 de maio de 2006**. Institui o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006.

CÂMARA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA. **Rede Nacional de Cidades Acolhedoras vai apoiar políticas voltadas aos migrantes nos municípios**. Feira de Santana, 21 out. 2023.

CÂMARA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU. **Ofício nº 13.224/25**: resposta ao Requerimento nº 532/2025. Foz do Iguaçu, 14 out. 2025. Disponível em: https://sapl.fozdoiguacu.pr.leg.br/media/sapl/public/materialegislativa/2025/50436/oficio_no_13224_-_req._532.pdf. Acesso em: 25 out. 2025.

CÂMARA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU. **Requerimento nº 532/2025**: solicita informações sobre o Comitê Municipal de Atenção aos Migrantes, Refugiados e Apátridas. Foz do Iguaçu, 31 jul. 2025. Disponível em: https://sapl.fozdoiguacu.pr.leg.br/media/sapl/public/materialegislativa/2025/48921/532_-_2025_-_valentina_-comite_imigrantes.pdf. Acesso em: 25 out. 2025.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão da clínica e apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 243-255, 2005.

CASTAÑEDA, H. et al. Immigration as a social determinant of health. **Annual Review of Public Health**, v. 36, p. 375-392, 2015.

CASTLES, Stephen; MILLER, Mark J. **The age of migration**: international population movements in the modern world. New York: Guilford Press, 2003.

CERDEIRA, Lígia. **Imigração haitiana no Brasil**: uma análise social e jurídica. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2016.

CHARLEAUX, João Paulo. **Brasil esconde emergência humanitária no Acre**. Conectas Direitos Humanos, 12 ago. 2013. Disponível em: http://www.conectas.org/pt/acoes/politica-externa/noticia/brasil-esconde-emergencia-humanitaria-no-acre. Acesso em: 30 ago. 2024.

CHUBACI, R. Y. S.; MERIGHI, M. A. B. A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2002.

COGO, D. M. Entrevista concedida a André Aparecido Medeiros, 2 ago. 2016. In: MEDEIROS, A. A. **O cinema de Karim Aïnouz e a tematização social**: deslocamento, interculturalidade e transitividade migratória. Beau Bassin: Novas Edições Acadêmicas, 2018. p. 156-158.

COMUNICAÇÃO JPI. **Migrantes, por que morar em Feira de Santana?**. Feira de Santana, 19 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Acesso à saúde do estrangeiro no Brasil é tema de debate no CNS**. Brasília, 8 out. 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/08_out_saude_estrangeiros.htm. Acesso em: 30 jun. 2024.

CUNHA, M. A. **Governança regional e integração na saúde**: o papel do Mercosul. Brasília: Editora UnB, 2017.

DE HAAS, Hein; CASTLES, Stephen; MILLER, Mark J. **The age of migration**: international population movements in the modern world. 6. ed. London: Red Globe Press, 2020.

ESTAVIEN, Yonel. **Promoção da saúde do migrante**: um enfoque holístico. Foz do Iguaçu: UNILA, Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza, 2025.

FRANCO-GIRALDO, Álvaro. Salud global: una visión latinoamericana. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 39, n. 2, 2016.

GHERLANDI, Petterson Eduardo Souza. **Os impactos da nova lei de migração na gestão da rede de assistência aos migrantes em Foz do Iguaçu**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Relações Internacionais e Integração) – Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política, Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2018.

GIOVANELLA, L. et al. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1751-1762, 2016.

GOMES, A. L.; PEREIRA, M. R. Distribuição geográfica dos migrantes no Brasil: desafios para a política de saúde. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 37, n. 1, p. 1-20, 2020.

Grupo da etnia indígena Warao, proveniente da Venezuela, busca acolhida em Porto Alegre. Jornal da Universidade, Porto Alegre, 8 abr. 2021. Disponível em: https://www.ufrgs.br/jornal/. Acesso em: 02 de abril de 2026.

GUERRA, K.; VENTURA, M. Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017.

GUERRA, Liliana; VENTURA, Deisy. **Saúde global e migração**: governança e direitos humanos. São Paulo: USP, 2017.

HARRIS, J. R.; TODARO, M. P. Migration, unemployment and development: a two-sector analysis. **The American Economic Review**, v. 60, n. 1, p. 126-142, 1970.

HUMAN RIGHTS WATCH. **Venezuela: Chávez's authoritarian legacy**. Disponível em: https://www.hrw.org. Acesso em: 5 out. 2024.

HURRELL, Andrew. Regionalism in theoretical perspective. **International Affairs**, v. 71, n. 3, 1995.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Feira de Santana (BA)**: panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama. Acesso em: 02 de junho de 2026.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Foz do Iguaçu (PR)**: panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/foz-do-iguacu/panorama. Acesso em: 02 de junho de 2026.

ICIJ – International Consortium of Investigative Journalists. **Maduro regime doubles down on censorship and repression in lead-up to Venezuelan election**. Disponível em: https://www.icij.org. Acesso em: 5 out. 2024.

ITAIPU BINACIONAL. **Relatório Anual 2023**. Foz do Iguaçu: Itaipu Binacional, 2024.

KELSEN, Hans. **Teoria pura do direito**. 8. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

KICKBUSCH, I. Global health governance: some new theoretical considerations on the new political space. In: BROWN, T.; CUETO, M.; FEE, E. **The World Health Organization and global health governance**. Oxford: Oxford University Press, 2002.

KICKBUSCH, Ilona; LIU, Austin. Global health diplomacy: reconstructing power and governance. **The Lancet**, v. 399, n. 10341, p. 2156-2166, 2022.

LARAIA, R. de B. **Cultura**: um conceito antropológico. 26. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LIMA, Fátima. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. especial, p. 20-33, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000400003. Acesso em: 25 out. 2025.

LIMA, M. T.; SOUZA, A. R. Barreiras no acesso à saúde pelos migrantes no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, p. 1-15, 2021.

LUDOLF, Rafaela Oliveira. **In-visível i-migrante**: a (des)construção da visibilidade do sujeito migrante na Bahia. 2023. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional

e Urbano) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano, Universidade Salvador (UNIFACS), Salvador, 2023.

MACEDO, J. N. de; SOUSA JÚNIOR, O. V. de; BIAZUSSI, H. M.; PEREIRA, B. G. Venezuelanos no Brasil: direitos dos imigrantes e a saúde pública local. **Interfaces Científicas – Direito**, Aracaju, v. 7, n. 2, p. 73-82, abr./jun. 2019. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br. Acesso em: 24 mar. 2024.

MACHADO, Maria Helena; PAULA, Aïda El-Khoury de; AGUIAR FILHO, Wilson. **O trabalho em saúde no Mercosul**: uma abordagem brasileira sobre a questão. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, 2007.

MALAMUD, A. A leader without followers? The growing divergence between the regional and global performance of Brazilian foreign policy. **Latin American Politics and Society**, v. 53, n. 3, p. 1-24, 2011.

MARTÍNEZ, Jorge. **Las migraciones internacionales en América Latina y el Caribe**: diagnóstico y desafíos para el desarrollo regional. Santiago de Chile: CELADE, 2013.

MARTINS, J. S.; SILVA, A. M. da. Migração e desafios sociais no Brasil contemporâneo. **Revista de Sociologia e Política**, v. 28, n. 74, p. 1-19, 2020.

MASSEY, D. S. et al. Theories of international migration: a review and appraisal. **Population and Development Review**, v. 19, n. 3, p. 431-466, 1993.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDONÇA, Rafael. **A crise migratória venezuelana e suas repercussões no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2020.

MERCOSUL. **Acordos de Residência do Mercosul**. Brasília: Secretaria do Mercosul, 2009.

MERCOSUL. **Estatuto da Cidadania do Mercosul**. [S. l.]: Mercosul, 2010. Disponível em: http://www.mercosul.gov.br. Acesso em: 12 set. 2024.

MERCOSUL. **Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul**: relatório anual de atividades. [S. l.]: Mercosul, 2021. Disponível em: http://www.mercosul.gov.br. Acesso em: 24 jul. 2024.

MERCOSUL. **Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul**: relatórios anuais. Brasília: Secretaria do Mercosul, 2020.

MERCOSUL. **Tratado de Assunção**. Assunção, 26 mar. 1991. Disponível em: http://www.mercosul.gov.br. Acesso em: 12 set. 2024.

OBMIGRA – Observatório das Migrações Internacionais. **DataMigraBI**. Brasília, DF: Campus Darcy Ribeiro, UnB, Pavilhão Multiuso, 2024. Disponível em: [inserir link de acesso]. Acesso em: [inserir data].

OIM – Organização Internacional para as Migrações. **Foz do Iguaçu é destaque nas Histórias de Sucesso dos Indicadores de Governança Migratória (MGI) 2024**. Brasília, 9 dez. 2024. Disponível em: https://brazil.iom.int/pt-br/news/foz-do-iguacu-e-destaque-nas-historias-de-sucesso-dos-indicadores-de-governanca-migratoria-mgi-2024. Acesso em: 25 out. 2025.

OIM – Organização Internacional para as Migrações. **Operação Acolhida**: desafios e oportunidades na integração de migrantes. Brasília: OIM, 2019.

OIM – Organização Internacional para as Migrações. **World Migration Report 2024**. Geneva: IOM, 2024. Disponível em: https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2024. Acesso em: 10 de março de 2025

OLIVEIRA, L. F. de; COSTA, S. M. da. Motivações para a migração internacional para o Brasil. **Cadernos de Geografia**, v. 29, n. 58, p. 320-335, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Promoción de la salud en un mundo globalizado**: informe de la Secretaría. 59ª Asamblea Mundial de la Salud, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório global sobre alfabetização em saúde e migração**. Genebra: OMS, 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Acesso à saúde para migrantes na América Latina**. [S. l.]: OPAS, 2019. Disponível em: http://www.paho.org. Acesso em: 2 out. 2024.

PEREIRA, A. P. M.; SANTOS, L.; DIAS, S.; GOMES, N. Health care for migrant patients in Europe: is there still a need to raise awareness and to teach about cultural diversity? **BMC Family Practice**, 2020.

PEREIRA, Alexsandro Eugenio; BERNARDO, Glaucia Julião; CULPI, Ludmila Andrzejewski; PESSALI, Huáscar Fialho. A governança facilitada no Mercosul: transferência de políticas e integração nas áreas de educação, migração e saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 2018.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Brasília: PNUD, 2013. Disponível em: https://www.atlasbrasil.org.br. Acesso em: 10 de março de 2025.

POLÍCIA FEDERAL. **Relatório anual de migração**. Brasília, DF, 2019.

PREFEITURA DE FEIRA DE SANTANA. **Comunicado sobre a evasão de famílias Warao**. Feira de Santana, 7 nov. 2024b. Disponível em: [inserir link correto]. Acesso em: 18 out. 2025.

PREFEITURA DE FEIRA DE SANTANA. **SIM e sua marcante atuação na época da grande migração**. Feira de Santana, 7 nov. 2024c. Disponível em: https://www.feiradesantana.ba.gov.br/servico.asp?s=a&id=38&link=secom/noticias.asp&idn=38328. Acesso em: 18 out. 2025.

PREFEITURA DE FEIRA DE SANTANA. **Venezuelanos que moram em Feira conseguem regularizar a situação migratória no Brasil**. Feira de Santana, 25 out. 2024a. Disponível em: https://www.feiradesantana.ba.gov.br/servico.asp?s=a&id=10&link=secom/noticias.asp&idn=38243. Acesso em: 18 out. 2025.

R4V – Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela. **Brazil**: resposta para venezuelanos. [S. l.]: R4V, 2024. Disponível em: https://www.r4v.info/pt/brazil. Acesso em: 10 de março de 2025.

Ribeiro de Oliveira, C., Izabel Souza Melo, M., Souza Barajas Lorenzo, R., & Macedo Mascarenhas Diniz, V. (2024). Indígenas Warao no Brasil: migração e vivência. TRAVESSIA - Revista Do Migrante, 37(100), 117–136. Recuperado de https://travessia.emnuvens.com.br/travessia/article/view/1372UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RICHARD, Yann. Integração regional, regionalização, regionalismo: as palavras e as coisas. **Confins**, n. 20, 2014. Disponível em: http://journals.openedition.org/confins/8939. Acesso em: 24 out. 2023.

RIGGIROZZI, P.; TUSSIE, D. **The rise of post-hegemonic regionalism in Latin America**. Londres: Springer, 2012.

RUFINO, C.; AMORIM, S. G. **Imigração internacional e gestão pública da saúde na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP)**. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 18., 2012, Águas de Lindóia. Anais [...]. Águas de Lindóia: ABEP, 2012.

SANTOS, André; MEDEIROS, Juliana. O Sistema Único de Saúde e os desafios do atendimento a populações migrantes no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 12-23, 2017.

SILVA, Carla. **Entrevista sobre o acolhimento do povo Warao em Feira de Santana**. Feira de Santana, 2025. Entrevista concedida a João Carlos Santana Correia, por chamada de vídeo. Arquivo sob a guarda do autor.

SILVA, M. C. **Atlas geográfico**. 8. ed. São Paulo: Faces, 2000.

STARK, O.; BLOOM, D. E. The new economics of labor migration. **The American Economic Review**, v. 75, n. 2, p. 173-178, 1985.

TARAN, P.; IVAKHNYUK, I.; RAMOS, M. C. P.; TANNER, A. **Economic migration, social cohesion and development**: towards an integrated approach. Strasbourg: Council of Europe, 2009.

UNASUL. **Tratado Constitutivo da União das Nações Sul-Americanas**. Brasília, 23 maio 2008.

UNIFACS. **Unifacs de Feira de Santana e Secretaria de Justiça unem forças em projeto de apoio aos refugiados indígenas venezuelanos**. Feira de Santana, 16 jul. 2025. Disponível em: https://www.unifacs.br/noticias/124431-2/. Acesso em: 18 out. 2025.

UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana. **Processo Seletivo para Refugiados e Portadores de Visto Humanitário (PSRH)**. Foz do Iguaçu:

UNILA, 2026. Disponível em: https://portal.unila.edu.br/ingresso/refugiados. Acesso em: 06 de junho de 2025.

UNILA. **Rompendo fronteiras**: inclusão e permanência de estudantes refugiados e portadores de visto humanitário na UNILA. Foz do Iguaçu: CAERH/UNILA, 2023.

UNITED NATIONS. **Global compact for safe, orderly and regular migration**. New York: UN, 2018.

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

VENTURA, Deisy. **Direito internacional da saúde e migração**. São Paulo: Atlas, 2019.

VENTURA, Deisy. Saúde pública e política externa brasileira. **SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 19, n. 1, p. 99-117, 2013.

WALLERSTEIN, I. **The modern world-system**. New York: Academic Press, 1974.

WENDEN, Catherine Wihtol de. Un essai de typologie des nouvelles mobilités. **Hommes & Migrations**, n. 1233, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19 strategy update**. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on the health of refugees and migrants**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462. Acesso em: 21 de junho de 2025.

ZÁRATE, Ana Beltrán. **Migração e saúde**: um estudo de caso sobre o acolhimento e orientação à pessoa migrante em Foz do Iguaçu. Foz do Iguaçu: UNILA, Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza, 2025.