



POLÍTICAS PÚBLICAS E SOCIAIS: UM DEBATE ACERCA DA UNIVERSALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) DIANTE DOS IMIGRANTES NO BRASIL

Thais Garcia Jeske¹

Raquel Fabiana Lopes Sparemberger²

Mi vida va prohibida

Dice la autoridade

(Clandestino – Manu Chao)

RESUMO

Atualmente no Brasil, devido aumento dos índices de imigrantes no país – seja ele por motivos econômicos, ambientais, sociais ou culturais – articula-se cada vez mais debates no sentido de indagar a respeito das políticas migratórias, bem como as políticas públicas já existentes no país, que promovem a garantia de direitos sociais básicos pelo Estado. Assim, o presente trabalho elegeu como objeto de pesquisa a exequibilidade do princípio da universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente, com relação a esses estrangeiros. Para tanto, utiliza-se o método hipotético-dedutivo afim de discutir e contextualizar as mazelas da gestão da rede de saúde pública.

PALAVRAS CHAVE: Brasil; Imigrantes; Políticas Públicas; SUS; Universalidade.

ABSTRACT

Currently in Brazil, due to increase in immigrants rates in the country - be it for economic, environmental, social or cultural reasons - increasingly structured debates in order to inquire about the immigration policies and the existing public policies in country, promoting the guarantee of basic social rights by the state. Thus, this paper chose as an object of research the

¹Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Direito e Justiça Social da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, integrante do grupo de pesquisa IMIGRAcidadania. Contato: jeske.thais@gmail.com

²Pós-doutora em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Doutora em Direito pela Universidade Federal do Paraná - UFRP. Mestre em Direito pela UFRP. Professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande - FURG dos cursos de graduação e do Programa de Mestrado em Direito. Professora dos cursos de graduação e do Programa de Mestrado em Direito da Faculdade de Direito da Fundação Escola Superior do Ministério Público-FMP. Contato: rsberguer@gmail.com



feasibility of the principle of universality in the Unified Health System (SUS), especially with regard to these foreigners. For this, it uses the hypothetical-deductive method in order to discuss and contextualize the ills of the management of the public health system.

KEYWORDS: Brazil; Immigrants; Public Policy; SUS; Universality.

INTRODUÇÃO

É inegável que o direito a saúde é um dos grandes avanços alcançados pela sociedade brasileira através da promulgação da constituição de 1988, que trata a dignidade da pessoa humana como valor constitucional supremo. Ocorre que apesar do direito a saúde ser um direito fundamental reconhecido por essa, ao pesquisarmos o tema do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelos imigrantes no Brasil percebemos que suas vias se encontram obstaculizadas.

Nesse sentido, sob o ponto de vista da precarização ou ainda do que o senso comum chama de ineficiência das políticas públicas de saúde não há como escapar de reflexões acerca da universalidade da referida política pública, tendo em vista que seu caráter universal representa uma de suas principais diretrizes. Desta forma, ao identificarmos a problemática das demandas de saúde às populações imigrantes, constatamos que a garantia de universalidade se encontra no mínimo mitigada, uma vez que não há acesso de toda a população aos serviços de saúde disponibilizados pelo poder público.

Por outro lado, é sabido que apesar do SUS ser considerado modelo de sistema de saúde no mundo o serviço apresenta uma demanda elevada. Conseqüentemente, levar em conta a participação dos imigrantes na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) significa mais um desafio a gestão pública no Brasil, pois há que se somar ainda outras barreiras, como os aspectos culturais ligados a língua e a própria desinformação acerca do sistema de saúde no país.

À vista disso, justifica-se a presente pesquisa diante da necessidade de efetivar o direito social à saúde, bem como da urgência no aprimoramento tanto das políticas públicas na área da saúde como da sua gestão preconizando o exercício de uma vida digna para todos, principalmente daqueles que não possuem voz e se encontram em um contexto de maior vulnerabilidade social.

Igualmente, nos parece oportuno o presente debate em face da crise política econômica que enfrenta o Brasil e a implementação de políticas de austeridade, as quais



ameaçam retirar direitos sociais e agravam ainda mais a crise, pois tem como objetivo beneficiar os interesses do capital.

Diante do exposto, utilizou-se do método hipotético-dedutivo a partir de uma pesquisa bibliográfica, na qual se baseou em produções científicas que perpassaram a discussão do direito à saúde como direito fundamental social até a garantia da universalidade do SUS, com o propósito de compreender algumas características da rede de saúde brasileira, especialmente, com relação a este contingente imigratório que cada dia mais se intensifica.

1. DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL

Para melhor elucidar as questões que permeiam o referido tema é necessário para uma justa análise que realizemos uma breve contextualização histórica a respeito dos sistemas de proteção social. Isto porque, compreender as modernas funções do Estado capitalista e sua missão em instituir e distribuir bens e serviços sociais é de fundamental importância para sustentar o debate a cerca da noção de universalidade contestada nesta ocasião.

Com esse propósito, Boschetti (2006, p. 2) retrata o nascimento da Seguridade Social:

As primeiras iniciativas de benefícios previdenciários que vieram a constituir a seguridade social no século XX nasceram na Alemanha, no final do século XIX, mais precisamente em 1883, durante o governo do chanceler Otto Von Bismarck, em resposta às greves e pressões dos trabalhadores. O chamado modelo bismarckiano é considerado como um sistema de seguros sociais, porque suas características assemelham-se às de seguros privados: no que se refere aos direitos, os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada; quanto ao financiamento, os recursos são provenientes, fundamentalmente, da contribuição direta de empregados e empregadores, baseada na folha de salários; em relação à gestão, teoricamente (e originalmente), cada benefício é organizado em Caixas, que são geridas pelo Estado, com participação dos contribuintes, ou seja, empregadores e empregados. Esse modelo orientou e ainda sustenta muitos benefícios da seguridade social, sobretudo, os benefícios previdenciários. (BOSCHETTI, 2006, p.2).

Por conseguinte, essa política contributiva, contratual e mercadorizável que atribui valor singular a renda obtida pelo trabalhador – igualmente a sua própria inserção no mercado de trabalho – acaba por excluir considerável parcela da sociedade sem condições de trabalhar,



ou seja, deixa de fora aqueles sem capacidade contributiva uma vez que se encontram desmonetarizados (PEREIRA, 1997, p. 62).

Coaduna com o referido sistema as considerações de Spencer acerca das questões do Estado na promoção do bem-estar social, no qual entende que o homem não deveria intervir nos processos de construção social, haja vista significar um processo natural/espontâneo o qual a sociedade já possui instrumentos conaturais de controle que permitiriam selecionar os mais aptos. Daí a atribuição equivocada do termo “darwinismo social” no campo sociológico ser associada a Charles Darwin quando na verdade refere-se ao mais puro “spencerismo social”, em que rejeita qualquer medida pelo Estado visando a proteção dos “inferiores” por estupidez, vício ou ociosidade devido as consequências negativas que intervir no processo poderiam causar. (PEREIRA, 2009, p.109).

Consequentemente, à vista disso essas políticas que preconizavam fundamentalmente a auto previsão do cidadão perderam força, ao passo que há o surgimento em plena Segunda Guerra Mundial (1942) do Plano Beveridge elaborado por William Beveridge, o qual implementava políticas sociais que cobriam a todos os cidadãos por se tratar de políticas não distributivas, ou seja, não contratuais que não levavam em conta a inserção no mercado de trabalho e menos ainda prévias contribuições. O financiamento para atender as demandas se dava a partir da receita advinda, especialmente, de impostos fiscais arrecadados pelo poder público e de sua própria gestão. (PEREIRA, 1997, p.61-63).

Com tal característica, revela o sistema possuir como orientação a ampliação do *status* de cidadania, dado que universalizar o acesso de bens e serviços a todos é reconhecer como cidadão até mesmo aqueles tratados como exército de reserva de mão de obra pelo mercado capitalista. Isto é, reconhecer, parcela da sociedade como digna de ser destinatária de mínimos sociais, ainda que esse mínimo não tenha o condão de retirá-los da condição de marginalização e exclusão social.

Trata-se de nada mais do que Marcosin e Santos já consideraram ao avaliar os avanços provocados pela relação de forças de classes no período pós Revolução Russa, em que a democratização da vida em sociedade obrigou a burguesia a fazer concessões, todavia pensadas para o interesse da maximização dos lucros e o abandono da temática do socialismo. (MARCOSIN; SANTOS, 2010, p.180).

No contexto brasileiro, é possível verificar algumas medidas de proteção social desde aproximadamente a década de 1920. No entanto, apesar de representar uma estrutura de seguridade, somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 é que a Seguridade Social adquiriu substância e visibilidade. A partir desse momento histórico a proteção social



devida pelo Estado despreendeu-se, ainda que parcialmente, do modelo contratual/contributivo que determina a previdência ampliando seu alcance, incluindo a saúde como uma política universal, e a assistência social aos segurados pobres e aos não-segurados (PEREIRA, 1997, p.65).

Entretanto, para a autora, o conceito de Seguridade Social adotado pela Constituição Federal Brasileira de 1988 é tímido se colocado lado a lado ao sistema acolhido por Beveridge em 1942. Uma vez que o sistema beveridgiano incluiu a saúde junto a assistência, a reabilitação, a pensão às crianças, o treinamento profissional e a sustentação ao emprego, enquanto o sistema brasileiro abrange apenas à Previdência, à Saúde e à Assistência Social (PEREIRA, 1997, 66).

Assim apesar de representar avanços, o sistema adotado pelo Brasil sofre críticas. Tendo em vista não se tratar de um modelo puro, posto que cada área funciona de maneira individualizada e particular, atuando até mesmo de modo concorrente umas com as outras. Consolidando, assim, a visão de Seguridade Social como seguro, deixando as políticas não-contributivas, especialmente a Assistência Social, marcada como um peso, um encargo a mais a Previdência. Desta forma é considerado um sistema híbrido, isto ocorre devido ao que já alertava Boschetti nas palavras de Marcosin e Santos:

Para Boschetti, na seguridade social, o modelo bismarckiano predomina no sistema previdenciário, e o modelo beveridgiano orienta a saúde. Entretanto, a influência do modelo beveridgiano é parcial, lenta, gradual e limitada. Parcial porque muitos princípios do modelo bismarckiano, incorporados antes, foram mantidos, o que não ocorreu com o modelo beveridgiano, permanecendo a seguridade social brasileira entre o seguro e a assistência. Lenta e gradual porque a expansão dos direitos, bem como a ampliação de sua cobertura e dos serviços nunca se deu de forma universal. E é limitada porque há uma tensão entre consolidar uma seguridade social pública – ampla e para todos – ou restringir a função pública para os segmentos de trabalhadores em situação de miserabilidade. Assim, para a autora, a seguridade social brasileira, apesar de seus avanços, não possibilita a universalização dos direitos, posto que privilegia a dimensão securitária. (MARCONSIN; SANTOS, 2010, p.184)

Deste modo, no Brasil, a concepção de seguridade social é desvirtuada de seu compromisso e por isso identificada de maneira equivocada com a previdência. Logo, esse ponto de vista favorece a propagação desse tipo de falácia devido a própria estratificação social gerada pelo mercado na lógica do que Potyara Pereira (1997, p.65) já denunciava ser o pensamento disseminado de “quem pode, paga e é bem atendido”.

Destarte a crítica dispensada aos frágeis mecanismos de proteção social do sistema brasileiro é clara a intenção da Constituição de 1988 em avançar, e de fato estabeleceu o tripé



Saúde, Previdência e Assistência como Seguridade Social. Contudo, há que se atentar a que nível de universalidade no campo da saúde visa-se atingir no Brasil.

2. A SAÚDE COMO UM DIREITO UNIVERSAL E A VULNERABILIDADE SOCIAL DOS IMIGRANTES

A Declaração Universal da ONU, de 10 de dezembro de 1948, foi pioneira no que se refere à previsão expressa de um direito à saúde, declarando que um padrão de vida capaz de assegurar a saúde e o bem-estar da pessoa humana são direitos humanos fundamentais. Ela estabelece, em seu art. 25, que:

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

No Brasil, o direito à saúde somente foi positivado com a promulgação da Constituição de 1988, sendo que o Constituinte outorgou proteção qualificada àquele direito fundamental, ao incluir os direitos sociais no elenco das denominadas “cláusulas pétreas”, fazendo com que “nem mesmo uma emenda à Constituição poderá abolir ou mesmo impor restrições desproporcionais e/ou invasivas do núcleo essencial do direito à saúde”. Ademais, enquadram-se as normas jusfundamentais nos chamados limites materiais implícitos à reforma constitucional. (SARLET, 2001, p.101).

No plano do Direito Constitucional comparado, o direito à saúde está previsto expressamente como direito fundamental, como é o caso das Constituições da Argentina, Paraguai, Uruguai, Portugal, Espanha, Holanda, Itália, Grécia, França, etc.. (SARLET, 2001, p.95).

A saúde deixa de ter relação com a morte, e passa a ser vista sob uma posição auto-reflexiva relacionada com ela mesma e, com a vida, tanto que a Constituição Federal de 1988 torna notório o fato de objetivar o revigoramento da saúde através da promoção e, especialmente, proteção. (MORAES, 1996, p.190).

Em verdade, a questão da saúde acaba por aproximar-se dos demais temas vinculados aos direitos fundamentais, podendo ser inserida no conteúdo dos novos direitos de solidariedade e, passaria a ser vista como “promoção da saúde”. Por este viés, o núcleo central seria a própria saúde e não a doença, incorporando o conceito de qualidade de vida, o qual



será abordado adiante. E, seria interpretada até como um interesse difuso, fazendo parte do patrimônio comum da humanidade, referendando uma pretensão inapropriável exclusivamente por alguns indivíduos. (MORAES, 1996, p.188-189).

A Constituição de 1988 não define em que consiste o objeto do direito à saúde, ou seja, não está previsto expressamente se o direito à saúde como direito a prestações abrange todo e qualquer tipo de prestação relacionada à saúde humana, ou se este direito encontra-se limitado às prestações básicas e vitais em termos de saúde, embora se observem os termos dos artigos 196 a 200 da referida Carta Política. (SARLET, 2001, p. 102).

Em seu art. 196, a Constituição Federal assim estabelece:

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

Conforme Schwartz (2001, p. 27), no artigo supracitado, quando fala em

“recuperação”, a CF/88 está conectada ao que se convencionou chamar de saúde “curativa”; os termos “redução do risco de doença” e “proteção” estão claramente ligados à saúde “preventiva”, e a “promoção” é a qualidade de vida, posteriormente explicitada pelo art. 225 da Carta Magna. [...] Porém, a norma da Constituição apenas aponta qual caminho seguir.

O art. 197 estabeleceu que:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Já no art. 198, que dispõe sobre o financiamento da saúde, consta que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituírem-se em um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, da integralidade e da participação da comunidade. Criou-se, assim, o que veio a ser o Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de inúmeros debates por parte do movimento sanitário brasileiro ao longo de mais de duas décadas. (TEIXEIRA, 2008, p.857).



O art. 199 indicou que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” e estabeleceu de que forma as instituições privadas poderão participar no sistema de saúde no Brasil.

O art. 200 tratou de especificar as competências do sistema único de saúde.

Verifica-se, portanto, que, o sistema de saúde brasileiro passou a ser formado pelo segmento público já referido, o SUS, cujo acesso é universal e gratuito; por um segmento privado autônomo, predominado por operadoras de planos e seguros de saúde, cujos serviços são custeados integralmente pelas famílias ou por elas em conjunto com empresas; e por um sistema de desembolso direto, representado pelos gastos diretos das famílias com serviços de saúde. (TEIXEIRA, 2008, p.857).

Quanto à titularidade do direito à saúde, a Constituição de 1988, em seu art. 5º, *caput*, dispõe que os direitos e garantias fundamentais nela consagrados são assegurados aos brasileiros e **estrangeiros residentes** no País. Percebe-se, assim, no âmbito de proteção do direito à saúde, uma exclusão dos estrangeiros não residentes no Brasil. Entretanto, tanto a doutrina como a jurisprudência mais atualizadas, não cancelam tal entendimento restritivo, evidentemente em homenagem ao princípio da universalidade dos direitos fundamentais. (SARLET, 2001, p.96).

O direito à saúde pode ser considerado como constituindo simultaneamente direito de defesa, no sentido de impedir ingerências indevidas por parte do Estado e terceiros na saúde do titular, bem como – e esta a dimensão mais problemática – impondo ao Estado a realização de políticas públicas que busquem a efetivação deste direito para a população, tornando, para além disso, o particular credor de prestações materiais que dizem com a saúde, tais como atendimento médico-hospitalar, fornecimento de medicamentos, realização de exames da mais variada natureza, enfim, toda e qualquer prestação indispensável para a realização concreta deste direito à saúde. (SARLET, 2001, p. 98).

Ao se referir à previsão dada ao direito à Saúde, na Constituição Federal de 1988, Andréas Joachim Krell (2002, p.33) assevera que a mesma se constitui em forte regulamentação ao dispor que ela “é direito de todos e dever do Estado (...)” e que esse direito inclui o acesso igualitário e universal aos serviços de saúde. Para o autor, “o legislador estabeleceu que a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência alcança todas as ações e serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS”. (KRELL, 2002, p. 33).

Fábio de Barros Correia Gomes (2008, p.877) acrescenta que, antes de 1988, cabiam ao Ministério da Saúde somente ações de proteção geral da sociedade, como o combate às epidemias e endemias.



Segundo Luciana da Silva Teixeira (2008, p.858), anteriormente ao advento do SUS, o sistema público de saúde era acessível apenas à parcela da população vinculada ao mercado formal de trabalho por meio da Previdência Social. Após tal advento,

[...] iniciou-se uma verdadeira revolução no setor da saúde, marcada pela ênfase na prevenção e promoção da saúde; pela ampliação expressiva da participação social; pela expansão dos gastos com cuidados básicos e ambulatoriais; pela criação dos fundos de saúde, que deram maior transparência aos gastos e possibilitaram maior autonomia aos estados e municípios; pela ampliação da cobertura vacinal; pelo crescimento da participação de estados e municípios no financiamento da saúde; pela política de medicamentos genéricos; e pelo início da implementação do Cartão Nacional de Saúde como política relevante para o alcance da integralidade, entre outros feitos.

Segundo Ricardo Lobo Torres, atualmente temos dois sistemas de saúde no Brasil:

- a) o SUS, gratuito, precário e com acesso universal, que a própria prática reservou para os pobres e miseráveis, salvo no que concerne aos estabelecimentos universitários e modelares, que são objeto de predação pelas classes médias e ricas;
- b) o sistema privado, contributivo e de boa qualidade, seletivamente reservado às classes economicamente superiores. (TORRES, 2009, p.248).

Constata Torres que, a saúde preventiva, considerada direito fundamental pelo art. 196 da Constituição, acabou por ser confundida com a saúde curativa, definida como direito social pelo art. 6º, “criando-se um sistema único de saúde que seria universal e gratuito, mas que acabou por transferir para terceiros a responsabilidade do seu financiamento e por empurrar para os planos privados de assistência a classe média, tornando-se utópico e ineficaz”. Desse modo, inúmeras expectativas inalcançáveis são geradas aos cidadãos. As prestações de medicina curativa “dependem de escolhas orçamentárias sempre dramáticas num ambiente de escassez de recursos financeiros, que conduzem inexoravelmente à exclusão de alguns”. A partir disso, Torres ressalta que “não se defende a extinção da universalidade do atendimento, mas a sua adequação ao sistema realista em que se mesclm e se somem as contribuições dos usuários, excluídos os pobres, e os aportes orçamentários financiados pela receita de impostos”. (TORRES, 2009, p.276).

Para Ingo Wolfgang Sarlet (2001, p.92), a nossa Constituição vigente, “não só agasalhou a saúde como bem jurídico digno de tutela constitucional, mas foi além, consagrando a saúde como direito fundamental, outorgando-lhe, de tal sorte, uma proteção jurídica diferenciada no âmbito da ordem jurídico-constitucional pátria”.



Desse modo, comunga a saúde, na ordem jurídico-constitucional brasileira, da dupla fundamentalidade formal e material, da qual se revestem os direitos e garantias fundamentais na nossa ordem constitucional:

[...] não há dúvida alguma de que a saúde é um direito humano fundamental, aliás fundamentalíssimo, tão fundamental que mesmo em países nos quais está previsto expressamente na Constituição, chegou a haver um reconhecimento da saúde como um direito fundamental não escrito (implícito), tal como ocorreu na Alemanha e em outros lugares. [...] uma ordem jurídica constitucional que protege o direito à vida e assegura o direito à integridade física e corporal, evidentemente, também protege a saúde, já que onde esta não existe e não é assegurada, resta esvaziada a proteção prevista para a vida e integridade física. (SARLET, 2001, p.93).

Acrescenta o autor que, “o direito à saúde possui várias dimensões, assim como possibilidades de concretização”. Na sua dimensão negativa, tal direito não assume a condição de algo que o Estado (ou a sociedade) deve fornecer aos cidadãos, ao menos não como uma prestação concreta, tal como acesso a hospitais, serviço médico, medicamentos, etc. Assim, a saúde, como bem jurídico fundamental, está protegida contra qualquer agressão de terceiros, isto é, o Estado tem o dever jurídico de não afetar a saúde das pessoas, de nada fazer no sentido de prejudicar a saúde. Qualquer ação do Estado que possa ser entendida como “ofensiva ao direito à saúde torna-se inconstitucional, e poderá ser objeto de uma demanda judicial individual ou coletiva, em sede de controle concreto ou abstrato de constitucionalidade” (SARLET, 2001, p.100).

Giza-se, ainda, quanto ao caráter defensivo do direito à saúde, que há de se considerar o princípio da proibição de retrocesso, por meio do qual busca-se impedir que:

[...] o legislador venha a desconstituir pura e simplesmente o grau de concretização que ele próprio havia dado às normas da Constituição, especialmente quando se cuida de normas constitucionais que, em maior ou menor escala, acabam por depender destas normas infraconstitucionais para alcançarem sua plena eficácia e efetividade, em outras palavras, para serem aplicadas e cumpridas pelos órgãos estatais e pelos particulares. (SARLET, 2001, p.100).

Explicita Schwartz (2001, p.338-9) que “a saúde faz parte do sistema social sobre o qual nos encontramos, e, se quisermos ir mais adiante, faz parte do sistema da vida”. Tendo em vista que a saúde faz parte da sociedade, seu intercâmbio com os demais sistemas sociais é a base de sua estabilidade. Segundo o autor, “jamais se poderá conhecer a totalidade do sistema-saúde”, eis que tal sistema está sempre aberto ao mundo, ao próprio homem e de suas decisões a respeito e, por isso “o *risco* será uma constância no plano sanitário e certeza não haverá sobre qualquer ato decisório relativo ao seu futuro”. Assim, conclui o autor que, a



saúde, além de ser um processo sistêmico, uma meta a ser alcançada e que varia de acordo com sua própria evolução e com o avanço dos demais sistemas com os quais se relaciona, é um processo que se constrói.

Para o autor, “uma variedade de direitos compõe, interage, influi e modifica a qualidade de vida”, merecendo destaque os seguintes: direito à proteção do meio ambiente, direito à educação, direito à moradia, direito ao saneamento, direito ao bem-estar social, direito ao trabalho e à saúde no trabalho, direito à proteção da família, direito da seguridade social, direito à saúde física e psíquica, direito a morrer dignamente, direito de informação sobre o estado de saúde e nutrição, direito a não ter fome, direito à assistência social e direito de acesso aos serviços médicos. (SCHWARTZ, 2001, p. 41).

Em suma, existe um único sistema de saúde, mesmo que composto por sistemas de natureza jurídica diferenciada, por meio do qual todos estão subordinados aos mesmos princípios. Verifica-se uma organização sanitária ligada a uma ideia sistêmica de saúde, de forma regionalizada, visando tratar das peculiaridades de cada região. (SCHWARTZ, 2001, p.102-103).

A legislação seguinte à promulgação da Constituição – a Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – estabeleceu à União a competência para formular políticas, definir normas e coordenar o sistema nacional, bem como incentivar o gestor estadual; ao Estados e ao Distrito Federal, a responsabilidade de promover as condições para que os municípios possam gerir seu sistema e de gestão supletiva de serviços e ações, quando os municípios não estiverem aptos para tanto; e aos municípios, a incumbência de prestar os serviços públicos de saúde, bem como o planejamento, organização, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde em seu território. (TEIXEIRA, 2008, p.858).

Conforme se depreende do art. 3º, *caput*, da Lei nº 8.080/90, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais. Essa lei expressa “de forma cabal, escorreita e inuovadora” que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Nesse sentido, é possível avaliar a exequibilidade da universalidade do direito à saúde, bem como de suas políticas de assistência (principalmente o SUS) perante a população imigrante.



Nesse momento, cabe a contextualização da vulnerabilidade social dos imigrantes internacionais, sabe-se que recentemente o Brasil viveu um período de prosperidade econômica e que com o progresso alcançou destaque internacional, resultando num aumento dos movimentos migratórios com destino ao país. Acontece que ao desembarcarem aqui, os imigrantes seduzidos pela imagem do Brasil como um país tolerante e acolhedor enfrentam uma economia que se encontra em retração geral, e ainda, são surpreendidos de acordo com que Deisy Ventura (2014) chamou de uma “política migratória restritiva”. A qual a autora exemplifica da seguinte forma:

Em resumo, é fácil entrar no Brasil, mas é difícil aqui permanecer e trabalhar regularmente. Há direitos, mas são limitados e é difícil exercê-los. Ricos são bem-vindos, pobres bem menos. A sociedade valoriza muito seus antepassados imigrantes, mas raramente trata os imigrantes de hoje como gostaria que seus bisavós fossem tratados há décadas atrás (VENTURA, 2014).

Nessa perspectiva, segundo Acácio Sidinei Santos (2014) no projeto de pesquisa “ Migração e saúde: itinerários terapêuticos, práticas e estratégias de cura de imigrantes africanos em São Paulo”, o reorientar-se socialmente nesse processo de integração ante tantas tensões – sejam elas sociais, comunitárias ou econômicas - se mostra por muitas vezes dificultoso e nos casos mais extremos acarretam além da marginalização, problemas de saúde. A partir do cenário descrito, as instituições de apoio que promovem o diálogo entre o imigrante e a sociedade adquirem excepcional importância enquanto agentes na integração dos imigrantes no corpo social (PUCCINI, 2013). Frente a esse fenômeno da imigração, as políticas sociais na área da saúde tornam-se imprescindíveis no tato com as questões relacionadas ao tema.

Destá forma, permite-se asseverar que a universalidade posta pela Constituição de 1988 é garantia de acesso a toda população aos serviços de saúde de forma gratuita não se tolerando restrições em razão de sexo, idade, religião, classe, cor, origem ou nacionalidade em todos os níveis de assistência. Bem como não há justificativa para recusa no atendimento por não se portar documento de identificação como Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF), Registro Nacional de Estrangeiro (RNE) nem mesmo cartão do SUS, visto que o atendimento não pode ser em hipótese alguma restrito se não em razão de lei (PUCCINI, 2013).

Verifica-se uma falta de informação disponibilizada pelo poder público, tanto em seus sítios como no material informativo oficial. Puccini (2013), aponta que as cartilhas são insuficientes e não se referem aos direitos dos imigrantes. Bem como no Portal de Saúde do



Governo Federal há exigência de CPF, certidão de nascimento para efetivar o cadastro do Cartão do SUS, representando mais uma barreira ao atendimento, induzindo alguém mais apressado acreditar que pessoas indocumentadas não possuem direito à saúde. De tal forma, a burocracia aliada a política migratória brasileira demonstra-se obsoleta e dificulta a vida de estrangeiros.

Conforme exposto, há o direito a saúde, ocorre que não raro há o descumprimento da norma, constatando-se com isto que não há incorporação do direito pelo próprio Estado, pois as próprias instituições que deviam concretizar o disposto no texto legal estão se omitindo. Também nessa baila, argumenta Sposatti:

Cada vez mais constatamos, no Brasil, a condição de uma sociedade virtual quanto a aplicação dos direitos constitucionais. Fala-se, escreve-se, mas não se cumpre. Não dispomos popularmente de um “lato sentimento constitucional”. A distância histórica entre o proposto e o posto, somada à omissão da cobrança de responsabilidade pública, leva à cultura de descrédito no disposto legal. O formal se distancia do senso comum, como mundos desconexos. (SPOSATI, 1997, p.10).

A referida denúncia se torna mais grave ainda quando tomamos a saúde como um direito fundamental. Uma vez que é inegável a responsabilidade do Estado promover mínimos sociais. Compartilhado o entendimento.

Realmente, o Estado deve promover política sociais e econômicas destinadas a possibilitar o acesso universal igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Ademais, deve preocupar-se igualmente com a prevenção de doenças e outros agravos, mediante a redução dos riscos (arts. 196 e 198, II). Por fim, o tema relaciona-se diretamente com a dignidade da pessoa humana e o direito à igualdade, que pressupõem o Estado-garantidor, cujo dever é assegurar o mínimo de condições básicas para o indivíduo viver e se desenvolver. (TAVARES, 2002, p. 570).

No entanto, cabe ressaltar que se já se considera deficiente a Assistência Social assumindo o estatuto de direito, muito pior quando funcionou à margem do direito o qual deixava a questão social à filantropia. É o que se teme atualmente, porém com outro viés, agora não mais através da sua extinção, mas a partir do esvaziamento da linha não-contratual distributiva em favor do modelo de seguro (PEREIRA, 1997, p.65). Uma vez que o “assédio neoliberal” vem marcando a Constituição Federal 1988 com o encolhimento das responsabilidades sociais. (SPOSSATI, 1997, p.12).

Nos parece que o principal adversário das políticas sociais em prol do bem-estar social continua sendo as crises econômicas com apelo a revoltas fiscais que elevam os



impostos motivando a classe média apoiar medidas de contenção de recursos destinados a esse fim. Importante refletir:

Hoje, apesar de o sistema de Seguridade Social, com suas respectivas políticas, continuar funcionando em quase todas as partes do mundo, é evidente que ele vem sofrendo sensíveis reorientações conceituais e programáticas, guiadas pela ideologia neoliberal/conservadora. E isso não para enfrentar, de forma mais eficiente, novas demandas e problemas sociais – treinamento, proteção ao meio ambiente, lazer, aumento da população idosa, movimento migratório, exclusão social, desemprego, precarização do trabalho etc. Por trás desta tendência está a imposição de uma nova divisão internacional do trabalho, determinada pelo atual processo de globalização e desregulação da economia, o que vem requerendo outra divisão de responsabilidades entre Estado, mercado e sociedade, no que tange à proteção social. (PEREIRA, 1997, p.64).³

Por fim, pode-se comprovar que não há ausência de políticas sociais na área da saúde, mas sim a falta de sua efetivação no plano material. Necessita ser revista enquanto aplicabilidade, ou seja, há que se aperfeiçoar as políticas e a própria gestão na área da saúde.

Quando se considera a participação das populações imigrantes – tendo em vista suas vulnerabilidades – a mudança de estratégia na área da saúde diante de suas especificidades é urgente, tendo em vista que mínimos sociais são meios de se atingir o status de cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o acesso dos imigrantes ao Sistema Único de Saúde (SUS), observamos que apesar de o direito a saúde ser um direito fundamental reconhecido não só no Brasil como em diversos países, não impede que constatem as dificuldades enfrentadas no atendimento pela população imigrante no referido sistema.

A despeito de se tratar de um direito inerente a condição humana e de responsabilidade Estatal o modelo social/econômico que estamos inseridos, ao propagar a ideia da saúde como um projeto assistencialista equivocava-se ao atribuir as dificuldades administrativas, dos altos custos – políticos, administrativos e econômicos – pura e simplesmente a população usuária, em especial aos estrangeiros. A partir desse olhar direcionado ao imigrante, principalmente

³No curso da realização do artigo no dia 25/06/2016 o mundo foi surpreendido com a notícia de que o Reino Unido deixava o bloco econômico da União Europeia, por uma votação apertada de 51.9% em um plebiscito realizado no país, no qual um dos motivos a saída se deu em frente a questão da imigração e temas como identidade nacional e cultural. Demonstrando Potyara Pereira encontrar-se atual mesmo 19 anos após a publicação de “A política social no contexto da seguridade social e Welfare State: a particularidade da assistência social”.



aquele classificado como imigrante vulnerável, que sofre pela dificuldade de acesso ao sistema de saúde somente reforça sua condição de marginalidade.

Diante de todo exposto, é possível vislumbrar o imigrante enfrentando uma dupla dificuldade, ou seja, uma por ser imigrante e não ter, por exemplo, acesso ao SUS pela falta de documentos e por outro lado o estigma de imigrante e carregar o fardo de representar um ônus para a sociedade a qual pretende se inserir. Infelizmente, nestes termos, o SUS tem sido traduzido por uma universalidade mitigada, reduzida, uma vez que esta restou evidente frente as barreiras enfrentadas pelos imigrantes ao acesso as políticas de saúde, bem como as formas de individualização negativa e a categorização do imigrante a partir de seus estigmas.

Portanto, proporcionar direitos sociais ao imigrante é torná-lo autor de sua própria história, cidadão, digno de direitos, direitos como observamos ao longo do trabalho, fundamentais, direitos mínimos para que o imigrante assim como para qualquer membro social possa se desenvolver e atuar no seu papel social sobre uma perspectiva de solidariedade e bem comum.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL, *Constituição*. República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BOSCHETTI, I. *Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo*. Brasília: GESST/SER/UnB, 2001. (2. ed. rev. ampl. 2006).

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. São Paulo: LTC, 1988.

GOMES, Fábio de Barros Correia. “Embates sobre a Saúde na Constituinte e 20 anos depois”, in: Araújo, José C. de; Pereira Júnior, José de Sena; Pereira, Lúcio Soares; Rodrigues, Ricardo José Pereira (org.), *Ensaio sobre Impactos na Constituição Federal de 1988 na Sociedade Brasileira*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2008.

KRELL, Andreas Joachim. *Direitos Sociais e Controle Judicial no Brasil e na Alemanha: os (des)caminhos de um Direito Constitucional “Comparado”*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2002.

MARCOSIN, Cleier; SANTOS, Cleusa. A acumulação capitalista e os direitos do trabalho: contradição histórica que preside a seguridade social. In: *Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas*. São Paulo: Cortez, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>> Acessado em: 25 de jun 2016.



PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A política social no contexto da seguridade social e do Welfare State: a particularidade da assistência social. In: *Serviço Social e Sociedade*, a. XVIII, Nº 55, 1997.

_____. Abordagens teóricas sobre Estado em sua relação com a sociedade e com a política social. In: *Política Social: temas & questões*. São Paulo. Cortez, 2009.

PUCCINI, Camila. Direito dos Imigrantes ao Sistema Público de Saúde. 2013. In: *O estrangeiro*. Disponível em: <<https://oestrangeiro.org/2013/03/29/direito-dos-imigrantes-ao-sistema-publico-de-saude/>> Acessado em: 25 de jun 2016.

RUFINO, Cátia; AMORIM, Sérgio. Imigração Internacional e Gestão Pública na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP): Uma contextualização a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS). XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais/ABEP, São Paulo, 2012. In: *O estrangeiro*. Disponível em: <<https://oestrangeirodotorg.files.wordpress.com/2013/03/imigrac3a7c3a3o-internacional-e-sac3bade.pdf>> Acessado em: 25 de jun 2016.

SANTOS, Acácio Sidinei Almeida. *Migração e saúde: itinerários terapêuticos, práticas e estratégias de cura de imigrantes africanos em São Paulo*. Disponível em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4700810D0>. Acessado em: 09 out. 2016.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. *SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte a busca de saídas*. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Artigo apresentado em 20/09/2012, Aprovado em 09/10/2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A Eficácia dos direitos fundamentais*. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

_____. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988, in: *Revista Interesse Público*, nº 12, 2001.

_____. *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. “Reserva do Possível, Mínimo Existencial e Direito à Saúde: Algumas Aproximações”. In: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.), *Direitos Fundamentais: orçamento e reserva do possível*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. *Direito à Saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SPOSATTI, Aldáza. Mínimos Sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. In: *Serviço Social e Sociedade*, a. XVIII, Nº 55, 1997.

TAVARES, André Ramos. *Curso de direito constitucional*. São Paulo: Saraiva, 2002.



TORRES, Ricardo Lobo. “A Metamorfose dos Direitos Sociais em Mínimo Existencial”, in: SARLET, Ingo Wolfgang. (Org.). *Direitos Fundamentais Sociais: Estudos de Direito Constitucional, Internacional e Comparado*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

_____. *O Direito ao Mínimo Existencial*. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

VENTURA, Deisy. *Política migratória brasileira é obsoleta e dificulta vida de estrangeiros*
Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/opiniaocolumna/2014/05/03/politica-migratoria-brasileira-deixa-estrangeiros-em-situacao-precaria.htm>. Acessado em: 09 out. 2016.