




## ACESSO DOS MIGRANTES AO SERVIÇO DE SAÚDE: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PORTUGAL E BRASIL

### MIGRANTS ACCESS TO HEALTH SERVICES: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN PORTUGAL AND BRAZIL

### ACCESO DE LOS MIGRANTES AL SERVICIO DE SALUD: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PORTUGAL Y BRASIL

Valéria Rodrigues Leite<sup>1</sup>  
Maria da Conceição Pereira Ramos<sup>2</sup>

 10.21665/2318-3888.v6n11p64-86

#### RESUMO

A atualidade é modelada por um processo de aceleração da mobilidade de pessoas, decorrente do processo de globalização e da conseqüente produção de expectativas de incremento da qualidade de vida em países de acolhimento. Neste contexto e tendo como objeto de estudo o acesso dos imigrantes à saúde, uma análise comparativa entre Portugal e Brasil, adotamos como metodologia uma pesquisa qualitativa documental, sobre a discussão da globalização como impulsionadora dos fluxos migratórios, contextualizando a legislação em vigor referente às políticas imigratórias e aos sistemas de saúde, suas características, e o binómio imigrante/ saúde em cada um dos países, além da aplicação de 48 questionários sobre questões socioeconômicas, imigração e acesso à saúde. As conclusões indicam que as Constituições e o aparelho legislativo asseguram, formalmente, o acesso à saúde em ambos os países. Portugal soube desenvolver, ao longo dos anos, políticas públicas de integração de qualidade capazes de garantir boas respostas para as necessidades específicas dos estrangeiros. Porém, apesar de Portugal ter optado por um sistema de saúde universal que abrange todas as pessoas, e de ter uma normativa que permite o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, ainda persistem desigualdades consideráveis. O Brasil vem buscando implementar o direito à saúde também para os imigrantes mas a legislação não está sendo suficiente para atender às necessidades específicas. É importante destacar que, enquanto o imigrante em Portugal recorre essencialmente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), no Brasil a opção é pela utilização do serviço de saúde privado.

**Palavras-chave:** Imigrantes e Saúde. Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde. Política Pública.

---

<sup>1</sup> Doutora em Ciências da Saúde. Professora associada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Economia. Pós-Doutorada pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP-UP). E-mail: leite@ufrnet.br.

<sup>2</sup> Doutora em Ciência Econômica. Professora da Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP-UP), Portugal e Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI/UAb). E-mail: cramos@fep.up.pt.

**ABSTRACT**

The process of accelerating human mobility resulting from the process of globalization is observed in contemporary life. The process is also a consequence of the production of expectations of a better quality of life in host countries. In this context, this study has as object of study the access of immigrants to health in a comparative analysis between Portugal and Brazil. A qualitative documentary research was adopted as a methodology, applied on the discussion of globalization as a driver of migratory flows. Research context was the legislation in force on migratory policies and health systems, as well as the immigrant / health binomial in each of the countries. 48 questionnaires on socioeconomic issues, immigration and access to health were applied. Conclusions indicate that the constitutions of the countries and the legislative apparatus formally guarantee access to health in both countries. Portugal has been able to develop quality integration public policies over the years, ensuring good responses to the specific needs of foreigners. However, despite the fact that Portugal has opted for a universal health system and has a regulation that allows immigrants access to health services, considerable inequalities still persist. Brazil seeks to implement the right to health also for immigrants, but legislation is not enough to meet specific needs. It is important to emphasize that, while the immigrant in Portugal essentially uses the National Health Service (SNS), in Brazil the private health service is usually the adopted option.

**Keywords:** Immigrants and Health. Equity in Access to Health Services. Public Policy.

**RESUMEN**

La actualidad es modelada por un proceso de aceleración de la movilidad de personas, debido al proceso de globalización y por consiguiente la producción de expectativas de aumento de la calidad de vida en países de acogida. En este contexto y con el objeto de estudio del acceso de los inmigrantes a la salud, un análisis comparativo entre Portugal y Brasil, adoptó como metodología, la investigación cualitativa documental sobre la discusión de la globalización como una fuerza impulsora de la migración, la contextualización de la legislación relativa a las políticas inmigratorias y los sistemas de salud, sus características, y el binomio inmigrante / salud en cada uno de los países, además de la aplicación de 48 cuestionarios sobre cuestiones socioeconómicas, inmigración y acceso a la salud. Las conclusiones indican que las Constituciones y el aparato legislativo garantizan formalmente el acceso a la salud en ambos países. Portugal supo desarrollar, en los últimos años, políticas públicas de integración de calidad capaces de garantizar buenas respuestas a las necesidades específicas de los extranjeros. Pero a pesar de Portugal haber optado por un sistema de salud universal que abarca a todas las personas, y tener reglamentos que permiten el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud, todavía existen desigualdades considerables. Brasil ha ido buscando implementar el derecho a la salud también para los inmigrantes pero la legislación no está siendo suficiente para atender a las necesidades específicas. Es importante señalar que si bien el inmigrante en Portugal recurre esencialmente al Servicio Nacional de Salud (SNS), en Brasil la opción es el uso de los servicios privadas de salud.

**Palabras clave:** Inmigrantes y Salud. Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud. Política Pública.

## Introdução

O presente artigo apresenta uma reflexão acerca do acesso a saúde do imigrante realizando uma análise comparativa entre Portugal e Brasil e parte do princípio que a globalização é motivo que impulsiona a demanda migratória em busca de melhores condições de vida. No momento atual a globalização e sua relação com as desigualdades econômicas e sociais são os principais fatores de migrações internacionais. Uma das preocupações, que apresentam maior destaque, dos políticos e dos estudiosos dos processos de integração dos imigrantes nos territórios de acolhimento é a relação entre saúde e imigração. Dessa forma as questões dos direitos e da saúde das populações migrantes e das minorias estão no centro das preocupações dos Estados principalmente na União Europeia.

Nesse sentido, considerando a complexidade e os desafios para os sistemas de saúde dos fluxos migratórios e as restrições impostas aos imigrantes para o acesso à saúde, o estudo pretende analisar como Portugal e Brasil estão assegurando este direito e enfrentando este desafio na atualidade, indagando sobre as possíveis dificuldades e limitações na utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes.

Ao pretender nos debruçarmos sobre o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde em Portugal e no Brasil, se faz necessário considerar aspectos legais, as políticas públicas e sua aplicabilidade no cotidiano desta população nos dois países. Como se trata de um estudo exploratório de abordagem qualitativa a fonte de coleta de dados foram, além da revisão de literatura para analisar aspectos relacionados ao cumprimento do direito à saúde, foram realizadas 48 entrevistas a imigrantes em Portugal e no Brasil de acordo com um roteiro estruturado, no período de julho a setembro de 2017. O roteiro contemplou questões relacionadas à análise socioeconômica; razões da imigração e mudanças provocadas pela imigração; conhecimento sobre a legislação dos serviços de saúde; opinião sobre o acesso à saúde e tipo de dificuldades relacionadas com a saúde encontradas nos dois países de acolhimento.

O resultado aponta que Portugal apresentou um predomínio de imigrantes brasileiros indicando fluxos migratórios associados a processos de reunificação/reagrupamento familiar e que utilizam o Sistema Nacional de Saúde (SNS). No entanto, mesmo

utilizando o SNS e tendo cartão de utente não têm conhecimento sobre a legislação e os seus direitos a respeito dos serviços, e consideram o atendimento de saúde entre bom e muito bom.

No Brasil, os imigrantes entrevistados têm em sua maioria proveniência da África apresentado um fluxo migratório relacionado a estudos e diferentemente do imigrante de Portugal utilizam o sistema de saúde privado, não possuem cartão de utente, têm conhecimento sobre a legislação e classificam o sistema de saúde entre muito mau e razoável.

A partir da contextualização dos dados, nos dois países, destacamos que Portugal apresenta uma estrutura institucional, e de planejamento, que possibilita uma melhor prestação de serviço ao imigrante diferentemente do Brasil. As limitações do marco jurídico brasileiro das migrações geram dificuldades de regularização e acesso a direitos e serviços oferecidos pelo Estado. A regularização difícil e a burocratização criam para os imigrantes um nível ainda mais elevado de dificuldades para a integração e o acesso a direitos, notadamente os sociais.

### **Imigrantes no acesso aos direitos de saúde**

O ponto de partida para as discussões do objeto do estudo é a globalização que traz à tona de forma mais expressiva as desigualdades. No momento atual, exceto no caso dos conflitos armados e dos desastres naturais, a globalização e sua relação com as desigualdades econômicas e sociais são os principais fatores de migrações internacionais (MARTINE, 2005).

No que se refere à globalização Ramos et al. (2007) e Ramos (2013) afirmam que o aumento das comunidades e das práticas transnacionais encontra-se estreitamente associado às transformações ocorridas nas políticas de cidadania, nos valores culturais e representações relativas à mobilidade, identidade, lealdade e pertença.

Para Fonseca et al. (2007) a relação entre saúde e imigração tem vindo a ganhar relevo nas preocupações dos decisores políticos e dos estudiosos dos processos de integração dos imigrantes nos territórios de acolhimento.

Nessa direção, ratificamos a compreensão de Ramos (2012), ao afirmar que as questões dos direitos e da saúde das populações migrantes e das minorias estão no centro das preocupações dos Estados, nomeadamente da União Europeia. Com efeito, o direito à saúde constitui um direito social básico e fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos.

Os direitos humanos relacionados à saúde protegidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos se aplicam igualmente a todas as pessoas, incluindo os migrantes, que muitas vezes não têm acesso a serviços de saúde adequados e proteção em saúde. Segundo estimativas da OMS, as necessidades de saúde dos migrantes e refugiados não são abordadas de forma sistemática a nível mundial, enquanto o acesso aos serviços de saúde nos países receptores permanece altamente variável (OMS, 2016).

Nesse sentido, considerando a complexidade e os desafios para os sistemas de saúde dos fluxos migratórios e as restrições impostas aos imigrantes para o acesso à saúde, é importante verificar através da legislação como Portugal e o Brasil estão assegurando este direito identificando as possíveis dificuldades e limitações na utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes.

### **Sistemas de saúde e aspectos legais do migrante**

Ao pretender nos debruçarmos sobre o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde em Portugal e no Brasil, se faz necessário considerar aspectos legais, as políticas públicas e sua aplicabilidade no cotidiano desta população nos dois países.

Em Portugal, a Política Nacional de Imigração e Asilo procura responder a padrões de ordem ética, humanista e de interesse nacional, integrada nos eixos políticos prioritários do Plano Estratégico para as Migrações (PORTUGAL, 2015) (Resolução do Conselho de Ministros 12-B/2015, de 20 de março), em particular no que se refere à integração de imigrantes, à coordenação dos fluxos migratórios e ao reforço da legalidade migratória e da qualidade dos serviços. Assim, a Política Nacional de Imigração e Asilo, numa abordagem global, integrada e equilibrada, estrutura-se em torno de quatro grandes eixos estratégicos que se interoperabilizam em torno de cinco vetores essenciais:

Regulação dos Fluxos Migratórios, Luta contra a Imigração Irregular, Integração dos Imigrantes, Promoção da Imigração Legal, Atração, Admissão, Permanência, Integração e Retorno. Então envolvidos nesta estrutura institucional o Ministério da Justiça (MJ), o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS), a Presidência do Conselho de Ministros (MPMA), o Ministério dos Negócios Estrangeiros (MNE) e o Ministério da Administração Interna (MAI). A implementação e monitorização das políticas de imigração e asilo são da competência do Ministério da Administração Interna (MAI), tutelando a entrada, permanência, saída e afastamento de cidadãos estrangeiros do território nacional. A atuação do MAI, em particular pela intervenção do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), incide em todos os eixos da política de imigração e asilo (MALHEIROS et al., 2013).

Os Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante (CNAI) foram criados em 2004 para, de uma forma integrada, responder com eficácia e humanidade, aos problemas de integração que se colocam aos cidadãos imigrantes que escolheram Portugal como país de acolhimento. Para tal, à semelhança de uma Loja do Cidadão, foram congregados na mesma plataforma de atendimento várias Instituições e Gabinetes Especializados, a funcionar de uma forma articulada e complementar, com partilha de um mesmo sistema informático, todos os serviços centrados nas necessidades dos clientes. Outros Centros que dão enorme apoio são os CLAI (Centro Local de Apoio ao Imigrante) que são entidades representativas na defesa dos direitos dos imigrantes e orientam quanto aos seus deveres, efetuam um atendimento personalizado e técnico. Além das questões de natureza legal, estende-se à situação socioeconómica, à habitabilidade, à segurança social, à questão do emprego, à situação de vida e às necessidades de saúde do imigrante (BRITO, 2015).

Foi criado o Sistema Nacional de Apoio ao Imigrante, este é um dos Projectos do Alto Comissariado para a Imigração e Dialogo Intercultural (ACIDI) e tem como objectivo essencial, apoiar os imigrantes em diferentes áreas como sejam, nomeadamente, a saúde ou o emprego. Estas actividades têm sido desenvolvidas em articulação com as entidades estatais, como sejam, o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), a Inspeção Geral do Trabalho (IGT), o Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME), a

Câmara Municipal de Lisboa (Plano Lx.), a Segurança Social, a Polícia de Segurança Pública (PSP), a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e alguns hospitais estatais (LEÃO; RODRIGUES, 2007).

Com relação à legislação, em 4 de julho de 2017, foi aprovada a Lei n.º 59/2017 Diário da República n.º 146/2017 (PORTUGAL, 2017), quarta alteração à Lei n.º 23/2007, que regula o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional. No entanto a nova lei permite que um imigrante obtenha autorização de residência com a "promessa de um contrato de trabalho" e apenas uma "inscrição" na Segurança Social, tendo caído o carácter excepcional na atribuição de autorização de residência, baseada na presunção de contrato laboral (PORTUGAL, 2017).

No caso do Brasil a política de imigração do governo federal é estruturada por três ministérios: Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS); Ministério das Relações Exteriores (MRE); Ministério da Justiça (MJ) (RUEDIGER, 2015).

O sistema atual de gestão das migrações internacionais é resultado do trabalho do Conselho Nacional de Imigração instituído pela Lei n.º. 6.815, de 19 de agosto de 1980 e organizado pela Lei n.º. 10.683, de 28 de maio de 2003. A atuação do CNlg se destaca na tentativa de valorizar a inclusão social e a participação coletiva dos instrumentos de políticas públicas no Brasil. A instituição, porém, restringe o seu trabalho principalmente nas questões mais estruturais, que colocam os imigrantes em situação social de risco.

O CNlg é um órgão colegiado vinculado à Coordenação-Geral de Imigração (CGlg), uma unidade administrativa do MTPS, que concentra 20 representantes divididos em uma configuração quadripartite. Existem ações específicas de alguns ministérios, que possuem cadeira no Conselho, voltadas a imigrantes. Por exemplo, o Ministério da Saúde, por meio da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA), elabora diretrizes, coordena e implementa a política internacional do MS sobre a temática de saúde, sempre respeitando os direcionamentos da Política Externa do Brasil (RUEDIGER, 2015).

No entanto cabe ressaltar que a responsabilidade de “elaborar estudos sobre a participação do imigrante no processo de desenvolvimento social, cultural e econômico do País”, apesar de atribuição do MTPS, não está consolidada ou é executada (RUEDIGER, 2015).

Ademais, a falta de uma estrutura centralizada dentro do tema das migrações capaz de adotar diretrizes e parâmetros de atuação e assim padronizar a implementação de políticas e atendimentos também representa uma grande lacuna que dificulta a coordenação e sintonia entre os diferentes órgãos federais (JUBILUT, 2015).

Com relação à nova lei de migração PL 2516/2015, a versão aprovada pelo Senado brasileiro, o Comitê Migrações e Deslocamentos da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) realizou uma análise crítica a fim de contribuir para a aprovação de uma versão aprimorada e em síntese, julgam que:

Muito embora a proposta defenda um tratamento baseado no paradigma dos direitos humanos, é no mínimo paradoxal. Apesar da retórica dos direitos humanos, o PL enfatiza a securitização e a criminalização dos imigrantes. De fato, seu texto final é problemático, apontando para um tratamento aos imigrantes ainda baseado no medo, na aversão à diferença e na permissividade à precarização do trabalho (ABA, 2016 p. 1) .

A ausência de menções explícitas no Projeto de Lei 2516/2015 aos órgãos que regulariam a política migratória no Brasil abre espaço para uma reorganização da administração da política que não garante a permanência da atuação do CNIg. Sendo assim, e dado o reconhecimento da importância da atuação desse órgão de forma transversal e multirepresentativa, entende-se que um passo essencial para fortalecimento do Conselho é a sua menção explícita na lei como instância normativa para a imigração no Brasil (RUEDIGER, 2015).

### **As condições gerais dos sistemas de saúde nos dois países**

O sistema de saúde português com a publicação da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS (definem-se as entidades intervenientes no sistema de saúde) passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados entre si: o Serviço Nacional

de Saúde, subsistemas de saúde públicos de apoio, todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de atividade de saúde.

O sistema é administrado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e por cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS). A ACSS é responsável pela gestão central dos recursos financeiros, humanos, de equipamento e de instalações do SNS, bem como pelo estabelecimento de políticas, planos, regulamentos e normas de saúde. No entanto, de acordo com Cortes (2016), Portugal tem um problema de desigualdades em saúde. Este aspeto evidencia-se quando se analisa a distribuição de saúde a nível nacional, existindo ARS com indicadores de saúde consistentemente melhores que outras.

Uma questão que tem sido recorrente quando se aborda a questão da saúde e a imigração é o problema do acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os avanços no sistema de saúde português em relação a outros países da Europa no que se refere ao acesso dos imigrantes no sentido de igualar ao tratamento dispensado aos cidadãos portugueses inclui o pagamento de taxas moderadoras como mecanismo racionalizador de controle de custos do sistema de saúde. Conforme explicita Fonseca et al. (2007), tais custos de utilização dos serviços de saúde estão de acordo com as tabelas oficiais usadas para os cidadãos portugueses, entretanto os cidadãos que não efetuam descontos para a segurança social pagam mais pelos tratamentos médicos. Além disso, se faz necessário à apresentação de documento exigido pela segurança social comprobatório das condições socioeconômicas do indivíduo.

No entanto, o sistema legalmente acessível, cria na prática, imensas dificuldades, particularmente para os sem domicílio fixo ou qualquer pessoa que manifeste uma certa marginalidade. Isso dever-se-á, entre outros motivos, a um défice importante de conhecimentos e em informação sobre os direitos (BRITO, 2015).

Estudos e as próprias organizações não governamentais alertam que a divergência entre o que diz a lei e o que se verifica na realidade é considerável, pelo que ainda persistem barreiras no acesso aos cuidados e recursos de saúde por parte dos imigrantes. Consequentemente, a acessibilidade não se limita ao facto de se poder usufruir

legalmente dos cuidados de saúde. Pelo contrário, a acessibilidade é limitada ou restringida por muitas barreiras que são externas ao sistema de saúde, internas ou de auto-exclusão (PADILLA, 2013).

No Brasil a Constituição de 1988 e a Lei Ordinária de nº 8.080/90 asseguram acesso universal e igualitário aos brasileiros e aos estrangeiros em território nacional, sem impor condicionalidades do ponto de vista legal. Qualquer pessoa, independentemente de sua nacionalidade, pode ter acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O atual sistema de saúde está sedimentado na premissa da Constituição Federal de 1988, que expressa a saúde como um direito de todos os brasileiros, cabendo ao Estado cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas. Esse sistema de saúde pode ser dividido em dois subsistemas: o público e o privado (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008; BRASIL, 2011).

O subsistema público é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é um sistema universal de saúde com financiamento público e participação das esferas da federação, gestão pública, única, com integração e articulação entre as diferentes esferas e a prestação de assistência, através de serviços de rede própria de municípios, estados e União, de serviços públicos de outras áreas de governo e de serviços privados contratados ou conveniados (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008; BRASIL, 2011).

De forma sintética, Meneses (2008) exprime a definição entre os subsistemas público e privado, em que a estruturação do SUS produz a ampliação das demandas e reorganização da oferta de serviços de saúde, aprofundando a crise estrutural da economia do país. Esta questão traz o movimento político que exige a regulação do sistema privado de atenção à saúde e a definição do caráter, mais complementar ou mais suplementar, da relação que tem o sistema privado em relação ao SUS. De certa forma, os subsídios fiscais do Estado para o subsistema privado, os gastos com a saúde suplementar dos funcionários federais, bem como com os gastos tributários das renúncias fiscais, impedem que o SUS receba maior financiamento. De acordo com o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (2007), esse padrão de financiamento foi

herdado do regime militar e foi ampliado com o passar dos anos (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Por sua vez, quando se compara no Brasil o gasto público total com saúde (União, estados e municípios) e o gasto privado, em relação ao PIB, entre 1995 e 2014, verifica-se a intensidade do crescimento do privado em relação ao público. Para se ter uma ideia, em 1993, o gasto público foi de 2,8% do PIB e o privado, de 1,4% do PIB; em 2002, ambos cresceram, sendo 3,2% e 3,9%, respectivamente. Observa-se que o gasto privado ultrapassa o público em relação ao PIB, especialmente nos governos de Fernando Henrique Cardoso. Em 2014, o gasto público correspondeu a 3,9% do PIB (União – 1,7%; estados – 1,0%; e municípios – 1,2%), e o gasto privado a 4,2% do PIB. Enquanto o gasto público em saúde na média dos países europeus com sistemas universais correspondeu a 8,0% (MENDES, 2017).

A atenção à saúde é exercida fundamentalmente no Brasil pelo Sistema Único de Saúde e deveria garantir a saúde nos termos de equidade, universalidade e igualdade. Entretanto, o setor público vem continuamente expondo suas iniquidades e insuficiências, que, submetidas a constantes críticas e inequívocos exemplos de ineficiência, serviram como grande atrativo para os planos de saúde privados ampliarem a sua atuação no mercado (SILVA, 2003; PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008).

Os imigrantes internacionais compõem um dos grupos cujo acesso aos serviços de saúde no Brasil, embora garantido pela Constituição, é dificultado por uma série de fatores estruturais. Os imigrantes em geral são mais vulneráveis social e economicamente, sobretudo os recém-chegados, que se submetem mais facilmente a postos de trabalho insalubres, a salários baixos e a moradias precárias (GRANADA et al., 2017). Tais fatores propiciariam maior risco de quadros de subnutrição, doenças laborais e doenças infecciosas como tuberculose, hepatites e HIV, além de transtornos psicossociais decorrentes das mudanças sociais e do afastamento da família, como depressão, alcoolismo e consumo de drogas (CARBALLO; NERUKAR, 2001).

A Constituição Brasileira, em seu artigo 5º, estabelece a igualdade jurídica entre brasileiros e estrangeiros residentes no país, o que garante o acesso às políticas públicas de saúde também aos imigrantes; porém, muitos fatores interferem ao longo do percurso

entre os sujeitos e os serviços de saúde, como demonstra Waldman (2011), que observou que os migrantes bolivianos em São Paulo utilizam bem menos os serviços de saúde disponíveis que o restante da população, apesar das entrevistas de Martes e Faleiros (2013) indicarem que estes imigrantes avaliam positivamente a rede hospitalar brasileira maior e equipada, assim como os numerosos postos de atendimento à saúde, quando comparados com o seu país de origem. As diferenças culturais e linguísticas podem ser fonte de estigmatização nos países de acolhimento, e as vulnerabilidades sociais decorrentes do *status* indeterminado de cidadão funcionam como barreiras ao acesso ao sistema de saúde. A dificuldade em lidar com as normas de um sistema de saúde diferente de seu país natal, com regras e rotinas desconhecidas, é outro fator que dificulta a integração (CASTAÑEDA, 2010; SANTOS, 2016).

Nessa perspectiva Rufino e Amorim (2012) questionam como que este acesso universal e igualitário tem alcançado esta crescente população e em quais condições os gestores e profissionais de saúde estão lidando com esta situação. Sobre essas suposições, os autores fazem as seguintes considerações:

Importante destacar que se está a referir-se a uma demanda que de alguma forma acessam os serviços sociais disponíveis, porém este desafio intensifica-se quando por desconhecimento dos costumes e práticas legais brasileiras ou por situações de indocumentação, fator gerador de insegurança, muitos não recebem nenhuma assistência, o que aumenta a sua vulnerabilidade social (RUFINO; AMORIM, 2012, p. 7).

## **Metodologia**

Este estudo tem como ponto de partida uma revisão de literatura para analisar aspectos relacionados ao cumprimento do direito a saúde, que emergem ou são apontados nos estudos sobre o tema. Foi realizada busca em publicações nos dois países (Portugal e Brasil), incluindo revistas, teses, dissertações e trabalhos publicados por instituições públicas e/ou privadas. Foram usados termos isolados e combinados para identificar trabalhos relacionados com o tema: saúde, imigrante, legislação, entre outros.

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa que tomou como principal fonte de coleta de dados as entrevistas, que foram registradas de acordo com um roteiro estruturado. As entrevistas estruturadas são elaboradas mediante questionário estruturado, ou seja, onde as perguntas são previamente formuladas e tem-se o cuidado de não fugir a elas. O principal motivo deste zelo é a possibilidade de comparação com o mesmo conjunto de perguntas e que as diferenças devem refletir diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas (LAKATOS; MARCONI, 1996).

Realizaram-se entrevistas que decorreram entre o final de julho e o início de setembro de 2017, sendo que a seleção dos entrevistados não teve nenhuma restrição quanto a sexo, idade, situação legal ou tempo de permanência no país de imigração.

O roteiro contemplou cinco blocos de questões: (1) análise socioeconômica; (2) razões da imigração e mudanças provocadas pela imigração; (3) conhecimento sobre a legislação dos serviços de saúde; (4) opinião sobre o acesso à saúde; (5) tipo de dificuldades relacionadas com a saúde encontradas no país de acolhimento.

A pesquisa foi realizada em duas etapas. A primeira constou da aplicação de um formulário criado através do Aplicativo *Google Forms* formulários, uma tecnologia da *web*, contendo vinte e cinco questões. Foram criados questionários semelhantes para os dois países, Portugal e Brasil, e aplicado um teste piloto, presencial e via internet, com estrangeiros residentes em cada um dos países. Essa etapa caracterizou-se como a fase de controle da experimentação e os resultados apresentaram-se satisfatórios no que diz respeito à elaboração das questões e o tempo de aplicação em torno de 5 a 8 minutos. A segunda fase foi a realização da pesquisa, *online* e presencial, ajustando conforme a possibilidade de acesso ao entrevistado. No total foram realizadas 48 entrevistas, 24 em Portugal e 24 no Brasil.

O trabalho de campo foi interrompido quando se avaliou que com o material obtido seria possível compreender a lógica a partir do ponto de vista do 'outro' fundamentada na argumentação de Dauster (1999) que afirma que o trabalho de campo tem como objetivo "compreender as redes de significado a partir do ponto de vista do 'outro', operando com a lógica e não apenas com a sistematização de suas categorias" e não

deve ser interrompido enquanto essa lógica não puder ser, minimamente, compreendida.

## **Resultados e discussões**

A partir da contextualização dos dados, nos dois países, destacamos que Portugal apresenta uma estrutura institucional, e de planejamento, que possibilita uma melhor prestação de serviço ao imigrante diferentemente do Brasil. As limitações do marco jurídico brasileiro das migrações geram dificuldades de regularização e acesso a direitos e serviços oferecidos pelo Estado. A regularização difícil e a burocratização criam para os imigrantes um nível ainda mais elevado de dificuldades para a integração e o acesso a direitos, notadamente os sociais.

A ideia de realizar uma análise contrapondo-os à literatura e com os resultados encontrados foi em parte comprometida em virtude da escassa publicação referente ao tema. Apesar da investigação crescente neste campo, ainda persiste a falta de dados sobre a acessibilidade, a utilização e a adequação dos serviços de saúde, bem como sobre a satisfação por parte da população de imigrantes nos serviços de saúde e sobre possíveis problemas no sistema de saúde em Portugal (ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE, 2015). No Brasil embora o número de imigrantes venha crescendo, há poucos trabalhos que investigam o tema do acesso aos serviços de saúde (GUERRA; VENTURA, 2017).

Com relação aos dados referentes à descrição sociodemográfica (Tabela 01) verifica-se que do total de participantes, em Portugal e no Brasil, ocorreu predominância do sexo masculino. Este resultado está de acordo com os dados da PORDATA que apresenta, em 2016, o número de imigrantes do sexo masculino superior ao do sexo feminino (PORDATA, 2017). Esse resultado é semelhante ao publicado por Jubilut (2015) onde a grande maioria dos entrevistados é do sexo masculino, com a idade entre 18 e 40 anos. Em relação à idade, os participantes apresentam uma prevalência entre 20 e 40 anos, resultado identificado na pesquisa realizada por Malheiros et al. (2013) onde 45% da população direta ou indiretamente inquirida tem idades compreendidas entre 20 e 39

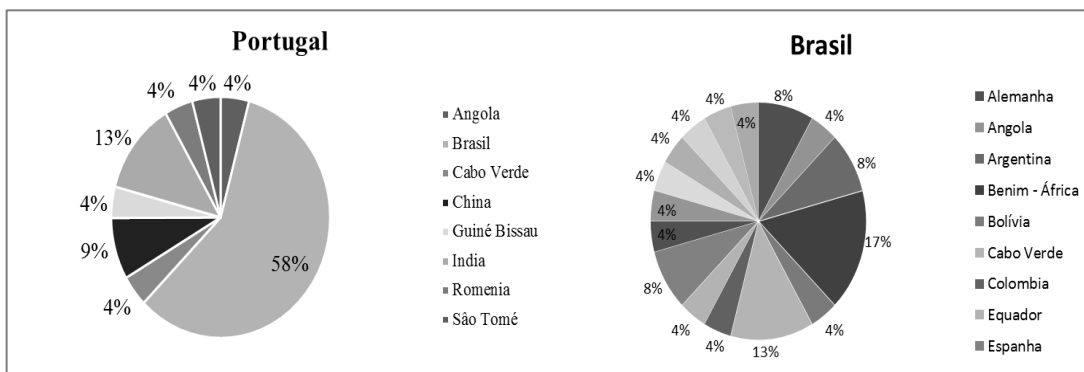
anos. Em termos de idade, inúmeros autores salientaram que uma das principais características da população imigrante é o seu caráter jovem com elevada concentração nas idades ativas (FONSECA et al., 2007; BAGANHA, MARQUES, GÓIS, 2010; COSTA; RAMOS; SILVA, 2012; MALHEIROS et al., 2013), onde há forte incorporação no mercado de trabalho (MALHEIROS et al., 2013). Os imigrantes entrevistados encontram-se nos países há mais de cinco anos, com um nível de escolaridade equivalente ao 9º ano, em Portugal, e Pós-graduação no Brasil (cf. Tabela 01).

**TABELA 01** - Descrição sociodemográfica dos entrevistados.

Variáveis	Categorias	G-Brasil (n=24)		G-Portugal (n= 24)		Teste X <sup>2</sup>	p-valor
		f	(%)	f	%		
Sexo	Feminino	6	25,0	12	50,0	3,200	0,074
	Masculino	18	75,0	12	50,0		
Idade	<20 anos	0	0	1	4,2	1,542	0,463
	20-40 anos	14	58,3	11	45,8		
	>40 anos	10	41,7	12	50,0		
Há quanto tempo está no PAÍS?	- 6 meses	2	8,3	2	8,3	4,471	0,346
	6 meses - 1 ano	0	0,0	2	8,3		
	1-2 anos	5	20,8	4	16,7		
	3-5 anos	6	25,0	2	8,3		
	+ 5 anos	11	45,8	14	58,3		
Qual o seu nível de escolaridade?	eq. 9º ano	0	0,0	12	50,0	22,929	0,001
	pós	7	29,2	1	4,2		
	mestrado	2	8,3	5	20,8		
	politécnico	4	16,7	3	12,5		
	doutorado	2	8,3	0	0,0		
	licenc / bach	9	37,5	3	12,5		

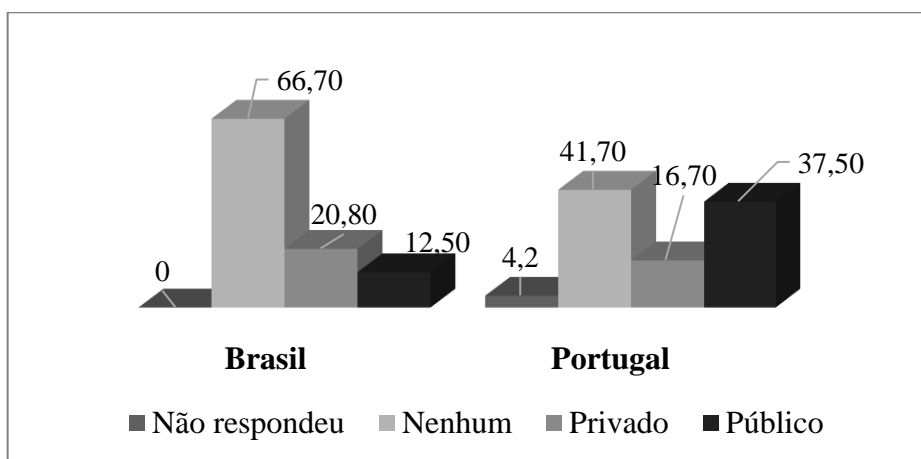
No que diz respeito à nacionalidade (Figura 01) Portugal apresentou um predomínio de brasileiros, 58,3%. “Quase 75% dos naturais do Brasil chegaram a Portugal entre 1998 e 2008, portanto há mais de cinco anos, e apesar da crise económica que se iniciou no final da primeira década do século XXI, 18,5% destes cidadãos vieram após este último ano, podendo indiciar a existência de fluxos migratórios associados a processos de reunificação/reagrupamento familiar” (MALHEIROS et al., 2013, p. 73). No Brasil, os imigrantes têm em sua maioria proveniência da África.

**FIGURA 01 - País de origem dos entrevistados.**



Com relação à utilização dos serviços de saúde (Figura 02), em Portugal 37,5% dos inquiridos utilizam o Sistema Nacional de Saúde (16,7% recorrem ao privado e 41,7% não utilizam nenhum sistema), enquanto no Brasil, diferentemente, o resultado aponta para a utilização do sistema privado com 20,8% dos inquiridos (12,5% recorrem ao público e 66,7% não utilizam nenhum sistema de saúde).

**FIGURA 02 - Sistema de Saúde utilizado pelos entrevistados.**



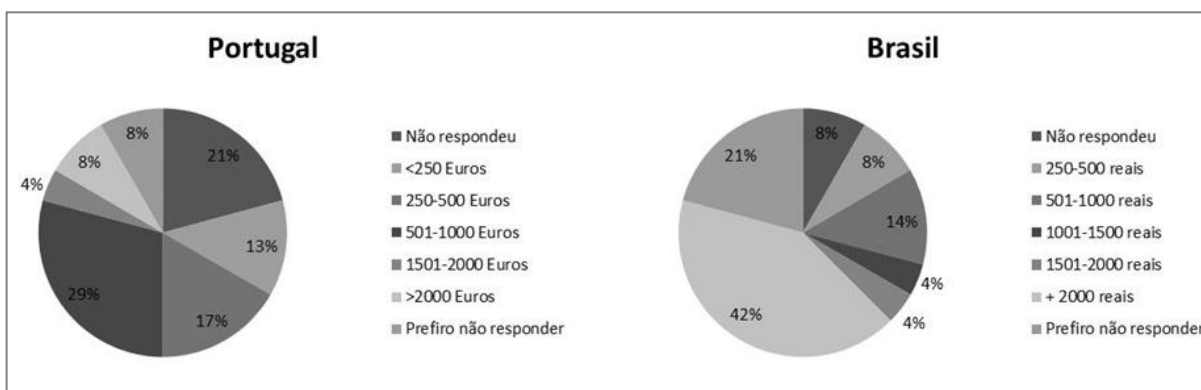
No entanto, apesar do resultado supracitado, em Portugal o imigrante, mesmo utilizando o SNS e tendo cartão de utente (Tabela 02) não tem conhecimento sobre a legislação e os seus direitos a respeito dos serviços e considera o atendimento entre bom e muito

bom. No Brasil, apesar dos serviços optados pelos imigrantes serem do sistema privado, não possuem cartão de utente, têm conhecimento sobre a legislação e classificam o serviço privado de saúde entre muito mau e razoável.

**TABELA 02 - Utilização dos serviços de saúde pelos entrevistados.**

Variáveis	Categorias	G-Brasil (n=24)		G-Portugal (n= 24)		Teste $\chi^2$	p-valor
		f	(%)	f	%		
Tem conhecimento sobre a legislação e os seus direitos a respeito dos serviços de saúde no país?	sim	14	58,3	7	29,2	4,148	0,042
	não	10	41,7	17	70,8		
Possui cartão Utente do Serviço Nacional de Saúde para cidadão estrangeiro?	sim	7	29,2	17	70,8	8,333	0,004
	não	17	70,8	7	29,2		
Atendimento 3 categorias	Muito ruim - Razoável	6	25,0	5	20,8	0,817	0,366
	Bom - Muito bom	6	25,0	14	58,3		
	Não utilizou	12	50,0	4	16,7		
Quanto tempo espera para ter uma consulta?	Não respondeu	5	20,8	2	8,3	4,523	0,340
	- um mês	8	33,3	12	50,0		
	2-3 meses	2	8,3	5	20,8		
	+ 3 meses	2	8,3	1	4,2		
	outro	7	29,2	4	16,7		

Com relação ao rendimento familiar mensal dos entrevistados (figura 03), a faixa em Portugal foi de 501-1000 euros em 29% das respostas, seguidas de 21% na faixa de menos 250 euros e 250-500 euros. Segundo a fonte quadros de pessoal do Ministério do Trabalho a remuneração base média dos trabalhadores estrangeiros por conta de outrem em Portugal, incluindo todos os níveis de habilitação, foi de 866 euros em 2015, embora a média correspondente aos níveis do ensino básico (até ao 9º ano) se situasse no escalão de 579 euros a 651 euros (OLIVEIRA; GOMES, 2017). No Brasil, relativamente à faixa salarial, 45,5% das pessoas recebem mensalmente acima de 2.000 reais e 22,7% preferiram não responder. Os resultados do IPEA se aproximam, considerando que a faixa predominante dos entrevistados tem uma remuneração mensal entre 2 e 5 salários mínimos.

**FIGURA 03** - Rendimento familiar mensal dos entrevistados.

### Considerações finais

Este é o ponto do estudo em que, muitas vezes, se chega com mais exposição da situação do que propriamente conclusões. O estudo tem limitações que interferem na realização de análises comparativas aprofundadas entre os dois países, principalmente com relação à triangulação dos dados, no que diz respeito à situação sociodemográfica, processo de imigração e acesso à saúde, e à própria constituição da amostra de inquiridos nos dois países. Apesar de encontrarmos alguns trabalhos publicados, principalmente em Portugal, que abordam a questão da imigração e saúde, estes tratam mais especificamente sobre os problemas de saúde, e apenas alguns, considerados no estudo, analisam o acesso à saúde. Com relação ao Brasil a situação é mais complicada em decorrência da limitação de trabalhos científicos, assim como de dados oficiais, que tratam do assunto sobre o acesso à saúde do imigrante. Outra limitação é o tempo reduzido que tivemos para um aprofundamento mais detalhado dos dados apresentados.

No que diz respeito aos aspectos institucionais, em cada um dos países, a Política Nacional de Imigração e Asilo em Portugal procura responder a padrões de ordem ética, humanista e de interesse nacional, integrada nos eixos políticos prioritários do Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020 (Portugal, 2015).

No caso do Brasil a possibilidade de realizar uma política pública sobre estrangeiros depende de uma maior coordenação entre os órgãos do governo brasileiro e do estabelecimento de um compartilhamento sistêmico de informações, de forma a permitir melhor controle, monitoramento e gerenciamento dos estrangeiros que residem no país. A falta de dados globais e/ou regionalizados torna difícil dimensionar necessidades e desenvolver políticas públicas adequadas à população imigrante. O desenvolvimento institucional da política de imigração depende de processos mais céleres e para isso é necessário a redução da burocracia e o aumento de clareza das informações disponíveis, demandas identificadas nas pesquisas qualitativas e no mapeamento de processos.

Com relação ao acesso à saúde as Constituições asseguram formalmente o acesso em Portugal e no Brasil. O Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Portugal caracteriza-se por ser nacional, universal, geral e gratuito. Apesar disso, são cobradas taxas moderadoras, que não se destinam tanto a financiar o sistema, mas sobretudo a limitar o acesso desnecessário a certos serviços. Portugal tem estruturado um Plano que inclui medidas para melhorar o acolhimento dos imigrantes recém-chegados. No entanto, o sistema legalmente acessível, cria na prática, imensas dificuldades, particularmente para os sem domicílio fixo, os que estão em situação irregular, ou qualquer pessoa que manifeste certa marginalidade.

No Brasil, o atual sistema de saúde está sedimentado na premissa da Constituição Federal de 1988, que expressa a saúde como um direito de todos os brasileiros inclusive de estrangeiros, em território nacional. O princípio da universalidade, instituído no Brasil a partir da constituição de 1988, nem sempre se traduz em efetivo acesso aos serviços públicos de saúde. O acesso aos serviços de saúde dos imigrantes internacionais, embora garantido pela Constituição, é dificultado por fatores estruturais que interferem ao longo do percurso entre os sujeitos e os serviços de saúde.

Assim, a elaboração de políticas públicas voltadas à gestão de um sistema de mobilidade é um dos grandes desafios com os quais o Brasil se defrontará nas próximas décadas. A imigração deve ser reconhecida como vetor estratégico para o desenvolvimento do país pela via do fortalecimento do capital humano e, para tanto, é fundamental ampliar a

integração institucional e criar ferramentas efetivas de coordenação, alinhamento dos fluxos de informação e sistematização e análise de dados.

Nesse sentido, a globalização, a migração de pessoas e a multiculturalidade, em Portugal e no Brasil, como noutros países e continentes, tem gerado questões de diferentes dimensões, as quais têm exigido soluções da sociedade, dos serviços e dos governos em todas as instâncias.

Esperamos que este estudo possa contribuir com a discussão da saúde do imigrante apontando para a importância do aparelho institucional e sua aplicação dispare nos países estudados, reconhecendo que apesar de que em Portugal esse suporte está mais avançado ainda tem que ser melhor efetivado. É importante que o Brasil possa tomar como exemplo algumas medidas adotadas pelo governo de Portugal diante das novas demandas surgidas pela imigração. Esperamos que investigações posteriores possam completar, aprofundar ou mesmo refutar algumas das conclusões encontradas neste trabalho face à realidade atual.

## Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA (ABA). **Análise crítica sobre o PI 2516/14**. 2016. Disponível em: <[https://jornalggn.com.br/sites/default/files/documentos/analise\\_critica\\_do\\_pl2516\\_comite\\_migracoes\\_e\\_deslocamentos\\_da\\_aba1\\_co\\_pia\\_1.pdf](https://jornalggn.com.br/sites/default/files/documentos/analise_critica_do_pl2516_comite_migracoes_e_deslocamentos_da_aba1_co_pia_1.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BAGANHA, M. I.; MARQUES, J. C.; GÓIS, P. **Imigração ucraniana em Portugal e no sul da Europa**: a emergência de uma ou várias comunidades? Lisboa: ACIDI, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_12.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_12.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRITO, D. O. S. G. C. . **Os imigrantes ucranianos e a procura de cuidados de saúde**. 2015. 359 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Avançada) – Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2015.

CARBALLO, M.; NERUKAR, A. Migration, refugees, and health risks. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, n. 3, p. 556-560, 2001. Suplemento.

- CASTAÑEDA, H. Im/migration and health: conceptual, methodological, and theoretical propositions for applied anthropology. **Annals of Anthropological Practice**, v. 34, n. 1, p. 6-27, 2010.
- CORTES, M. Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 80, p. 117-143, 2016.
- COSTA, I. D. C. C.; RAMOS, N.; SILVA, A. O. **Avaliação do acesso aos serviços de saúde por imigrantes brasileiros em Portugal**. p. 1-14, 2012. Disponível: <<https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/3137>> Acesso em: 20 nov. 2017.
- DAUSTER, T. Fabricação de livros infanto-juvenis e os usos escolares: o olhar de editores. **Revista Educação/PUC-Rio**, v. 49, p. 1-18, 1999.
- ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (ERS). **Acesso a cuidados de saúde por imigrantes**. 2015. Disponível em: <[https://www.ers.pt/pages/73?news\\_id=1194](https://www.ers.pt/pages/73?news_id=1194)>. Acesso em: 4 dez. 2017.
- FONSECA, M. L. et al. Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. **Revista Migrações**, v. 1, n. 1, p. 27-52, 2007.
- GRANADA, D. et al. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 61, p. 285-296, 2017.
- 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 de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Planos de Saúde**: nove anos após a Lei 9.656/96. São Paulo: CREMESP/IDEC, 2007.
- JUBILUT, L. L. **Migrantes, apátridas e refugiados**: subsídios para o aperfeiçoamento de acesso a serviços, direitos e políticas públicas no Brasil. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Assuntos Legislativos, 2015.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. D. A. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 1996.
- LEÃO, C.; RODRIGUES, T. **Imigrantes ilegais utentes dos serviços de saúde**. Choque identitário. População e prospectiva. Lisboa: CEPESE / FCSH-NOVA, 2007.
- MALHEIROS, J. et al. **Diagnóstico da população imigrante em Portugal**: desafios e potencialidades. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, 2013.
- MARTES, A. C. B.; FALEIROS, S. M. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 351-364, 2013.
- MARTINE, G. A globalização inacabada: migrações internacionais e pobreza no século 21. **São Paulo em Perspectiva**, v. 19, n. 3, p. 3-22, 2005.

MENDES, Á. **A saúde no capitalismo financeirizado em crise:** o financiamento do SUS em disputa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

MENESES, C. S. A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1685-1687, 2008.

OLIVEIRA, C. R.; GOMES, N. **Indicadores de integração de imigrantes:** relatório estatístico anual 2017. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações, 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **68ª Sesión Del Comité Regional De La Oms Para Las Américas. 55º Consejo Directivo.** Washington, D.C.: OMS, 2016.

PADILLA, B. Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, v. 21, n. 40, p. 49-68, 2013.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L. D.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

PORDATA. **Base de dados Portugal Contemporâneo.** Disponível em: <<https://www.pordata.pt/Home>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

PORTUGAL. Assembleia da República. **Lei n.º 59/2017.** Quarta alteração à Lei n.º 23/2007, de 4 de julho, que aprova o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional. Diário da República, n. 146, 2017 a. <Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/107781373>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

PORTUGAL. **Plano estratégico para as migrações:** 2015-2000. Portugal: Governo de Portugal, 2015. p. 1-43. Disponível em: <[http://www.programescolhas.pt/\\_cf/364724](http://www.programescolhas.pt/_cf/364724)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

RAMOS, M. C. P. Globalização e multiculturalismo. **Revista Inter-Legere**, v. 1, n. 13, p. 75-101, 2013.

RAMOS, M. et al. Multiple citizenship: case-studies among individual citizens in Portugal. In PITKANEN, P.; FISHMAN, D. K. **Multiple state membership and citizenship in the era of transnational migration.** Rotterdam: Sense Publishers, 2007. p. 41-65.

RAMOS, N. Comunicação em saúde e interculturalidade: perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. **RECIIS**, v. 6, n. 4, p. 1-19, 2012.

RUEDIGER, M. A. **Análise e avaliação do desenvolvimento institucional da política de imigração no Brasil para o século XXI.** Rio de Janeiro: FGV, 2015.

RUFINO, C.; AMORIM, S. Imigração internacional e Gestão Pública da Saúde na Região Metropolitana de São Paulo (RMSPP): uma contextualização a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 18., 2012, Lindoia. **Anais...** Lindoia, 2012. p. 1-10. Disponível em:

<<https://oestrangeirodotorg.files.wordpress.com/2013/03/imigrac3a7c3a3o-internacional-e-sac3bade.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

SANTOS, F. V. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 2, p. 477-494, 2016.

SILVA, A. A. D. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços**: um novo relacionamento estratégico. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6\\_AAAlvesdaSilva\\_RelacaoOperadorasPlanos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

WALDMAN, T. C. Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo. **Revista de Direito Sanitário**, v. 12, n. 1, p. 90-114, 2011.

*Recebido em 28/05/2018*  
*Aprovado em 27/07/2018*