

O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano IV | Volume 12 | Nº 34 | Boa Vista | 2022

<http://www.ioles.com.br/boca>

ISSN: 2675-1488

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7145647>



SAÚDE NAS FRONTEIRAS: UM OLHAR ÀS DIFICULDADES DOS MIGRANTES BRASILEIROS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Thiago Vinicius Neres Feitosa¹

Gabriela Kauana Silva²

Wesley Martins³

Resumo

A tutela do direito à saúde é assegurada a todos e deve ser garantida pelo Estado, no entanto, este direito acaba não sendo totalmente exercido nas regiões de fronteira internacional, onde muitos migrantes procuram os serviços de saúde no Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o presente artigo tem por intenção discutir sobre o percurso histórico das políticas públicas da universalização do direito à saúde e seu acesso pelo migrante. Para tanto, realizou-se uma pesquisa documental, do tipo revisão narrativa, pela qual não se faz necessário empregar critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura, todavia ressaltamos que as buscas foram realizadas em periódicos nacionais, com publicações em português, de acesso completo e gratuito, sem delimitação de tempo de publicação. Para que houvesse uma ampla busca de estudos, utilizou-se também a literatura gray, por ampliar os achados e diminuir possíveis lacunas sobre o tema. O texto discorre sobre o fato de o direito à saúde estar assegurado pela Constituição brasileira, entretanto, o fenômeno da imigração evidenciou a fragilidade da estrutura e o despreparo do país na atenção à saúde do migrante e também a carência de políticas públicas de saúde voltadas a esta população.

Palavras chave: Acessibilidade. Fronteira. Migrantes. Saúde. Serviços de Saúde.

Abstract

The protection of the right to health is guaranteed to all and must be guaranteed by the State, however, this right ends up not being fully exercised in international border regions, where many migrants seek health services in the Unified Health System. Thus, this article intends to discuss the historical course of public policies for the universalization of the right to health and its access by migrants. To this end, documentary research was carried out, of the narrative review type, for which it is not necessary to employ explicit and systematic criteria for the search and critical analysis of the literature, however we emphasize that the searches were carried out in national journals, with publications in Portuguese, with complete and free access, without limitation of publication time. In order to have a broad search for studies, the gray literature was also used, for expanding the findings and reducing possible gaps on the subject. The text discusses the fact that the right to health is guaranteed by the Brazilian Constitution, however, the immigration phenomenon highlighted the fragility of the structure and the country's unpreparedness in migrant health care and also the lack of public health policies aimed at this population.

Keywords: Accessibility. Border. Health. Health Services. Migrants.

INTRODUÇÃO

Os fluxos migratórios são um fenômeno mundial em ritmo crescente, tornando relevantes as discussões sobre políticas públicas para o acesso à saúde de imigrantes (GUERRA; VENTURA, 2017).

¹ Graduado em Direito. Especialista em Direito e Gestão de Contratos pela União Brasileira de Faculdades (UniBF). E-mail para contato: neresthiagov@gmail.com

² Graduada em Enfermagem. Mestranda em Saúde Pública em Região de Fronteira pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). E-mail para contato: gabrielaksilva12@gmail.com

³ Professor da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail para contato: wesley.martins@udc.edu.br



O direito à saúde está presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos. A saúde é definida como uma condição para uma vida digna e indispensável para a usufruição de outros direitos, como a igualdade, a educação e a liberdade, componentes integrais para ter uma vida saudável (VANDERPLAAT, 2004).

No Brasil, a Constituição Federal Brasileira definiu em seu artigo 196 que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Embora o direito à saúde esteja assegurado pela Constituição brasileira, o fenômeno da imigração evidenciou a fragilidade da estrutura e o despreparo do país na atenção à saúde do migrante e também a carência de políticas públicas de saúde voltadas a esta população (FILIPPIM; ZENI, 2014)

Outro fator que adquire elevada importância é a larga faixa fronteiriça brasileira. São 569 municípios em 15.719 km e a procura por atendimento de cidadãos de outros estados membros do MERCOSUL já é uma realidade nos municípios fronteiriços brasileiros. Pelo fato de a possibilidade de uma parcela de imigrantes serem afetados negativamente pela experiência migratória é que se tornam imprescindíveis normas e práticas institucionais que visualizem essas vulnerabilidades e atendam às necessidades específicas desse segmento, de forma a garantir o direito ao acesso à saúde deste grupo (GUERRA; VENTURA, 2017).

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho é analisar o percurso histórico das políticas públicas da universalização do direito à saúde e seu acesso pelo migrante. Para tanto, buscou estudar desde o método dedutivo, técnica de revisão literária e a análise documental. No que diz respeito à organização do artigo, na primeira seção é apresentado o histórico de lutas para chegarmos no direito universal à saúde no Brasil. Na segunda seção, apresentam-se as políticas de implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

PROGRESSO CONSTITUCIONAL DO DIREITO À SAÚDE

O sistema público de saúde, no Brasil, passou por inúmeras mudanças até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao analisar sob o ponto de vista dos direitos civis, o país estava sob a sombra da duplicidade de um sistema segregado entre a saúde pública e a medicina previdenciária. O rudimentar setor tinha ações voltadas à saúde individual dos trabalhadores formais e convergia-se preferencialmente para as zonas urbanas, ficando a posto dos institutos de pensão (PAIM *et al.*, 2011).



A reforma do setor de saúde no Brasil ocorreu pelo impulso dado pela sociedade civil e não pelo governo, partidos políticos ou organizações internacionais. O SUS foi constituído pela Constituição Federal de 1988 e baseia-se no princípio da saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Ao analisar o processo histórico da saúde, pode-se observar que o Brasil passou por profundas mudanças políticas, econômicas, demográficas e sociais nos últimos 40 anos. Iniciaremos essa análise a partir da década de 1970, na qual o Brasil encontrava-se no regime militar, com o crescimento econômico entre os mais altos do mundo, mas com desnivelamento nas melhorias na qualidade de vida da população, ou seja, as populações mais ricas tinham maiores privilégios em relação ao bem-estar e qualidade de vida (STRADA, 2018).

Embora a democracia tenha sido restaurada em meados da década de 1980, durante um período de instabilidade econômica, a retomada do crescimento e melhoria da proteção social ocorreram somente no próximo século.

Sob ponto de vista histórico, o sistema de saúde brasileiro consiste em uma ampla variedade de organizações públicas e privadas que foram criadas em diferentes períodos históricos. No início do século 20, campanhas de saúde pública, realizadas de forma militar, foram utilizadas para implementar atividades de saúde pública. A natureza autoritária dessas campanhas provocou oposição de partes da população e de alguns políticos e líderes militares. Essa oposição levou à conhecida “Revolta da vacina”, em 1904, pelo qual em um período de intensos debates em reação a uma campanha obrigatória de vacinação contra a varíola, proposto pelo diretor geral de saúde pública Oswaldo Cruz (SCOREL, 1998).

Esse modelo de intervenção do Estado brasileiro nas políticas sociais data das décadas de 1920 até 1930, quando os direitos sociais e civis dos indivíduos se relacionam às suas posições no mercado de trabalho.

A partir do governo do presidente Vargas (1930-1945) e das Forças Armadas (1964-1984), o sistema de proteção social foi expandido. Tais procedimentos de tomada de decisão e gestão foram realizados sem o envolvimento da população e foram centralizados em grandes burocracias. Tal sistema era fragmentado e desigual, pois consistia em um Ministério da Saúde subfinanciado e no sistema de seguridade social, pela qual fornecia assistência médica por meio dos institutos de aposentadoria e pensão, prestados com base em categorias ocupacionais, como profissionais do setor ferroviário, de indústrias, bancos, etc., mas com diferentes níveis de cobertura (ALMEIDA, 1996).

Sob a chefia do Ministério da Saúde, a saúde pública era voltada principalmente às zonas rurais e aos espaços mais pobres da população, e possuía como alvo, principalmente, atividades de caráter curativo. Nessa conjuntura, as políticas de saúde dos governos militares procuravam incentivar o



crescimento do setor privado. Com esse propósito, amplificaram a compra de serviços pela previdência e dispuseram incentivos fiscais para as empresas, para contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários (ALMEIDA, 1996). Os determinadores dessas políticas pretendiam privatizar parte dos serviços médicos estatais, tidos como inadequados por não serem lucrativos.

Indivíduos com emprego ocasional tinham uma oferta inadequada de serviços públicos, pois ficavam à mercê de atendimento filantrópico pelas Santas Casas de Misericórdia ou em serviços privados com recursos próprios (DRAIBE; SILVA, 1990).

Após a aquisição militar em 1964, as reformas do governo expandiram ainda mais a prestação de serviços de saúde privada, principalmente nos grandes centros urbanos. Com isso, seguiu-se uma rápida expansão da cobertura, que incluiu a extensão da seguridade social aos trabalhadores rurais (PAIM *et al.*, 2011).

Tal expansão pode ser citada pela destinação de dinheiro do orçamento federal para reformas e construções de hospitais privados, com responsabilidade pela assistência de cuidados pelos sindicatos e as instituições filantrópicas pela prestação de assistência aos trabalhadores rurais (PEGO; ALMEIDA, 2002).

Outra medida imposta nesse período foram os subsídios diretos às empresas privadas para a prestação de assistência médica a seus empregados em troca de descontos no imposto de renda. Com isso, provocou a expansão da oferta de assistência médica e a proliferação de planos privados de assistência médica.

O aumento da cobertura da seguridade social e um mercado de assistência médica com base em pagamentos de serviços prestados por prestadores do setor privado originaram uma nova crise de financiamento no sistema de seguridade social que, com a nova recessão econômica durante a década de 1980, alimentou aspirações de reforma (STRADA, 2018).

A reforma do setor de saúde no Brasil estava contra as reformas de mesmo cunho realizadas em diversos países. A proposta brasileira, que começou a tomar forma em meados da década de 1970, foi formada junto à corrente de luta pela restauração da democracia. Um amplo movimento cresceu, com a união de iniciativas de diferentes setores da sociedade, desde setores populares até populações e sindicatos da classe média e, em alguns casos, em conjunto com partidos políticos de esquerda (ALMEIDA, 1995).

Do ponto de vista político e ideológico do movimento brasileiro de reforma da saúde era a saúde não como uma questão biológica a ser solucionado pela prestação de serviços médicos, mas como uma questão social e política a ser tratada em público (BIRMAN, 1991).



Conhecidas organizações, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) foram fundadas nesse período, ambas para fornecerem base para alavancar essas reformas (PEGO; ALMEIDA, 2002).

De acordo com Escorel (1998), tal movimento de reforma sanitária se espalhou pelo país e formou uma aliança com membros progressistas do congresso federal, conselheiros municipais e outros movimentos sociais. Por essas reuniões, foi constituído, em 1980, o Conselho Nacional de Oficiais de Estado (CONASS).

No ano de 1985, dado a eleição indireta do senador Tancredo Neves e posse de seu vice José Sarney, ocasionada pelo falecimento do primeiro, deu-se encerramento ao regime militar. Com o seu término, rompem-se algumas de suas organizações políticas autoritárias. Neste mesmo ano aconteceram eleições diretas para prefeito das capitais, no ano seguinte, o Congresso encarregou-se de elaborar uma nova constituição que movesse o país para plena democracia. A metodologia de redemocratização, todavia, desenrolou-se em meio a uma crise econômica, que remeteu a planos econômicos emergenciais que pretendiam tirar o país da hiperinflação e impulsionar o crescimento econômico.

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), na qual aprovou a saúde como direito do cidadão e estabeleceu os fundamentos do SUS, o que resultou no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação a integração e a transferência de recursos entre instituições de saúde federais, estaduais e municipais (PEGO; ALMEIDA, 2002).

Entre os principais temas de discussão da oitava CNS estavam o dever do Estado e o direito do cidadão no que tange à saúde, bem como a reestruturação do sistema nacional de saúde e o financiamento do mesmo. Temas essenciais, como a hierarquização dos cuidados médicos de acordo com sua complexidade e especialização e a atuação popular nos serviços de saúde igualmente foram amplamente discutidos (PAIM, 2008).

Neste panorama, em suas assembleias e grupos discutiram e aprovaram as principais demandas do movimento sanitarista: fortalecer o setor público de saúde, ampliar a cobertura a todos os cidadãos e incorporar a medicina previdenciária à saúde pública, formando um sistema único (MÉDICI, 1990).

A garantia do movimento de reforma da saúde ocorreu mediante a Assembleia Nacional Constituinte, que, apesar da forte oposição de um setor de saúde privado, e que na época tinha muito poder, garantiram a aprovação da reforma.

A Constituição Federal (CF) de 1988 foi proclamada em um momento de instabilidade econômica, com reorganização de empresas privadas para atender às novas demandas. Com essa promulgação, foi concluído o processo de regresso do país à democracia. No âmbito da procura de introdução de um estado de bem-estar social, a carta magna transformou a saúde em direito de cidadania



e deu início à sequência de formação de um sistema público, universal e descentralizado (SENHORAS, 2003). Resultando-se, neste caso, demasiadamente à ordenação da saúde pública no Brasil. Antigos dilemas, como a popular duplicidade que contornava a divisão do sistema entre saúde pública e previdenciária, passaram a ser estruturalmente enfrentados (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A CF, na qual está baseada a política nacional de saúde, assentou os princípios e diretrizes para assistência de saúde no Brasil, fornecida pelo SUS, que tem como princípio fundamental o acesso universal e igualitário às atuações de promover, proteger e recuperar a saúde, incorporadas em uma rede regionalizada e hierarquizada de fornecimento de serviços, à sombra da responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com a presença complementar da iniciativa privada (WINTER, 2009).

Em consonância com o parágrafo anterior, na Constituição foi prevista a criação de um sistema organizado de forma regionalizada, descentralizada e hierarquizada, para que esteja sob o controle de seus usuários e tendo como princípio básico, o direito de acesso a todos que necessitarem. Portanto, ressalta-se que não deve haver, de forma alguma, distinção ou discriminação de gênero, raça ou nacionalidade (MOCHIZUKE, 2017).

Ademais, a Carta Magna também trouxe consigo, em seu artigo 5º, o princípio da igualdade, afirmando que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”. Estabeleceu também, no artigo 3º, que consistem como objetivos fundamentais do estado, “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais”, assim como “promover o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (SIMAS *et al.*, 2018).

Complementando o parágrafo anterior, o sistema de saúde brasileiro é constituído por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços complementares e competitivos, formando um conjunto público-privado financiado principalmente por fundos privados. Assim o SUS possui três subsetores: o subsetor público (SUS), no qual os serviços são financiados e prestados pelo estado nos níveis federal, estadual e municipal; o subsetor privado, no qual os serviços são financiados de várias maneiras com fundos públicos ou privados; e o subsetor de seguro saúde privado, com diferentes formas de planos de saúde.

Os componentes públicos e privados do sistema são distintos, mas interconectados, e as pessoas podem usar serviços nos três subsetores, a depender da facilidade de acesso e da capacidade de pagamento.



A LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

Segundo Paiva e Teixeira (2014), mesmo com a promulgação do SUS, sua implementação começou em 1990, mesmo ano da eleição de Fernando Collor de Mello, primeiro presidente eleito pelo voto popular desde a ditadura militar. O presidente, até então, seguia uma agenda neoliberal e não se comprometia com a reforma do setor da saúde. No entanto, nesse mesmo ano foi aprovado a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, intitulada Lei Orgânica da Saúde, na qual especificou as atribuições e organização do SUS.

A lei nº 8.080 introduziu o conceito ampliado de saúde decorrente dos modos de vida, de gestão e de produção em uma determinada circunstância histórica, social e cultural, procurando superar o ponto de vista da saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos (BRASIL, 2015).

Em consonância com a Lei Orgânica da Saúde, é dever do SUS e de seus responsáveis proporcionar assistência de saúde aos indivíduos que necessitem, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com ações integradas de assistência.

Não obstante, compete ao SUS a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, incluindo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

Tal lei enaltece e direciona preceitos constitucionais pelas quais o SUS deve ser norteado por seus princípios doutrinários, tais como a Universalidade, que garante a atenção de saúde pelo sistema a qualquer cidadão; a Equidade, que garante ações e serviços de saúde em todos os níveis de acordo com a complexidade necessária em cada caso, ou seja, todo cidadão é igual perante o SUS, e deve ser atendido conforme suas necessidades. A Integralidade, que considera todo indivíduo como um todo indivisível e integrante de uma comunidade, onde a unidade prestadora de serviço deve ser capaz de prestar atendimento integral, respeitando uma visão holística (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

De acordo com Brasil (s.d.), além desses princípios citados no parágrafo anterior, fazem parte alguns princípios organizativos, a definir: Regionalização e Hierarquização, na qual os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população assistida. Dessa forma, pode-se descrever que a regionalização é um processo de articulação entre os serviços já existentes e a hierarquização é a divisão de níveis de atenção, com vistas à garantia de formas de acesso aos serviços a depender de cada gravidade e complexidade.

Outro princípio organizativo é a descentralização e comando único, que pode ser definido como a redistribuição de poder e responsabilidade entre os três níveis de esferas de governo. Ela visa garantir



qualidade e controle de fiscalização por parte dos usuários. Essa descentralização deve ser feita desde a esfera federal, passando pela estadual e chegando até a municipal. Ressalta-se que para o comando único, cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades (BRASIL, s.d.).

O terceiro e último princípio organizativo é a Participação popular, na qual a sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isso, cada município deve criar um conselho municipal, que visa formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (BRASIL, s.d.).

Assim, com base nos princípios que regulam o SUS, conforme exposto anteriormente, com a implementação do SUS todos os cidadãos passaram a ter direito às consultas médicas e de demais profissionais, além de exames laboratoriais, internações e tratamentos em unidades vinculadas ao sistema, seja ela pública ou privada (quando contratadas pelo gestor público de saúde) (BRASIL, 1990).

Desde seu planejamento até os dias atuais é discutido o financiamento desse complexo sistema, uma vez que os recursos arrecadados são através de impostos e contribuições pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal.

O projeto de reforma do setor da saúde foi reativado em 1992, após o impeachment do presidente por corrupção. A descentralização foi reforçada e o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado.

Em 1994, um novo plano de estabilização econômica foi lançado (o Plano Real), no qual descreveu políticas e projetos de ajuste macroeconômico para a reforma do estado. O presidente da república na ocasião era Fernando Henrique Cardoso, no qual foi reeleito em 1998 e incentivou ainda mais os processos de ajuste macroeconômico e de privatização (LAMOUNIER; FIGUEIREDO, 2002).

Seu sucessor, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva, eleito em 2002 e reeleito em 2006, manteve alguns aspectos da política econômica de Fernando Henrique Cardoso, mas suspendeu a privatização e favoreceu uma agenda de desenvolvimento (BRASIL, 2006).

Mesmo que a reforma do setor de saúde tenha tido menor prioridade durante a política nacional da década de 90, várias iniciativas e programas foram empregados e implementados até os dias atuais. Todavia, percebe-se intensificação do desenvolvimento da agenda após o século XXI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do SUS é um processo constante, que deve ser pautado em todos os governos, independentemente de suas visões ideológicas. Há muito a ser feito no que tange a universalização do acesso ao usuário, principalmente em regiões de fronteira, como é o caso de Foz do Iguaçu, pela sua característica étnica e cultural.



Portanto, é importante que as políticas de saúde sejam adequadas às necessidades das populações móveis e que os profissionais das unidades de saúde estejam devidamente equipados e prontos para trabalhar com elas, pois em muitos casos desconhecem completamente suas diretrizes do SUS.

Há também a necessidade de promover a solidariedade entre as nações e entre indivíduos e grupos, com atenção especial aos grupos vulneráveis, como os migrantes, de acordo com os princípios da cooperação internacional em direitos humanos.

Mas é preciso que o país crie e aperfeiçoe continuamente normas e práticas para ser moralmente responsável com essa população e abraçar a saúde do Brasil como um direito humano universal, especialmente nas áreas de fronteira.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. **As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição?** (Tese de Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ALMEIDA, M. H. “Federalismo e políticas sociais”. *In*: AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (orgs.). **Federalismo no Brasil: descentralização e políticas sociais**. São Paulo: Fundap, 1996.

BIRMAN, J. “A Physis da Saúde Coletiva”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 1, 1991.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Planalto, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 07/08/2022.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Planalto, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 07/08/2022.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Brasília: Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 07/08/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 07/08/2022.

CARVALHO, A. I.; BARBOSA, P. R. **Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2010.

DRAIBE, S. M. **MERCOSUR: la temática social de la integración desde la perspectiva institucional**. Montevideo: CEFIR, 1996.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FILIPPIM, E. S.; ZENI, K. “Migração haitiana para o Brasil: acolhimento e políticas públicas”. **Revista Pretexto**, vol. 15, n. 12, 2014.



GUERRA, K.; VENTURA, M. “Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países”. **Cadernos Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 1, 2017.

LAMOUNIER, B.; FIGUEIREDO, R. **A era FHC, um balanço**. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002.

MÉDICI, A. C. **Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras**. Brasília: IPEA, 1990.

MOCHIZUKE, K. C. “Influência do atendimento em saúde à estratégia em uma cidade fronteiriça brasileira”. **Journal Health NPEPS**. vol. 2, n. 1, 2017.

PAIM, J. *et al.* “O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios”. **The Lancet** [2011]. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br>>. Acesso em: 04/10/2022.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Editora da UFBA, 2008.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. “Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores”. **História, Ciências, Saúde**, vol. 21, n. 1, 2014.

PEGO, R. A.; ALMEIDA, C. M. “Teoria e prática das reformas dos sistemas de saúde: os casos do Brasil e do México”. **Cadernos Saúde Pública**, n. 4, 2002.

SENHORAS, E. M. “Políticas Públicas nos Anos Noventa: Um Ensaio Sobre as Causas e Implicações da Crise do Estado Brasileiro de Bem-Estar Social”. **Revista Oikos**, vol. 2, n. 2, 2003.

SIMAS, K. B. F. *et al.* “A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: Breve recorte histórico”. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, vol. 13, n. 40, 2018.

STRADA, C. F. O. **Organização dos Atendimentos de Saúde aos Estrangeiros de um Município da Tríplice Fronteira (Brasil, Paraguai E Argentina): Uma Análise da Política** (Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) Foz do Iguaçu: UNILA, 2018.

VANDERPLAAT, M. “Direitos humanos: uma perspectiva para a saúde pública”. **Revista Saúde e Direitos Humanos**, vol. 1, n. 1, 2004.

WINTER, L. **Transfronteirização e financiamento dos serviços de saúde: uma reflexão a partir de Foz do Iguaçu- PR** (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: UERJ, 2009.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano IV | Volume 12 | Nº 34 | Boa Vista | 2022

<http://www.ioles.com.br/boca>

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávoro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima