

O DIREITO CONSTITUCIONAL FUNDAMENTAL À SAÚDE  
DOS IMIGRANTES E REFUGIADOS VENEZUELANOS  
RESIDENTES NO BRASIL: UM ESTUDO DE CASO A PARTIR  
DA AÇÃO CÍVEL ORIGINÁRIA 3.121 ENFOCADA  
DA ÓTICA DO FEDERALISMO BRASILEIRO

*THE FUNDAMENTAL CONSTITUTIONAL RIGHT TO HEALTH  
OF VENEZUELAN IMMIGRANTS AND REFUGEES  
RESIDENTS IN BRAZIL: CASE LAW BASED ON THE  
AÇÃO CÍVEL ORIGINÁRIA 3.121 FROM THE  
PERSPECTIVE OF THE BRAZILIAN FEDERALISM*

Iago de Souza Reis \*

**Resumo:** Não há dúvidas que o mundo global político vive momento de intensos conflitos de intolerância étnica e migratória. Expressões como xenofobia, xenóforos e xenofóbicos são conhecidas pelos cidadãos brasileiros, contudo sempre foram vistas na ótica romantizada europeia. Entretanto, alguns acontecimentos políticos, econômicos e sociais no Brasil e no mundo, nessa década, fizeram com que o tema fosse pautado como questão de ordem que precisaria ser discutido e solucionado. Diante desse quadro de instabilidade em relação à chegada de novos imigrantes ao Brasil, este artigo irá abordar o fenômeno do deslocamento forçado de venezuelanos para o território brasileiro, sobretudo para o estado de Roraima, que faz fronteira com a Venezuela. Far-se-á uma análise acerca dos refugiados e migrantes venezuelanos que ingressaram no país à luz de um caso concreto, qual seja, a ação cível originária nº 3.121 (ACO nº 3.121), em especial acerca da negativa de prestação de serviços de saúde pública. A questão-chave norteadora desta pesquisa foi verificar se a ACO 3.121, que solicita o fechamento da fronteira entre o Brasil e a Venezuela, bem como demanda decisão judicial declaratória de justa causa para negativa de fornecimento de serviços públicos de saúde, viola o direito constitucional fundamental à saúde dos migrantes venezuelanos. Utilizou-se como metodologia a revisão de literatura, pesquisa documental e estudo de caso.

**Palavras-chave:** ACO 3121. Direito à Saúde. Refugiados. Imigrantes. Venezuelanos.

**Abstract:** *There is no doubt that the global political world is in a moment of intense conflict of ethnic and immigration intolerance. Expressions such as xenophobia and xenophobes are known to Brazilian citizens, but have always been seen in the romanticized*

\* Graduando em Direito pela Universidade de Brasília - UnB. Pesquisador e bolsista pelo CNPq e pelo Centro de Pesquisa em Direito Constitucional Comparado (UnB). Membro da Clínica EIXOS – Judiciário e Cidadania (UnB).

Email: iago.reis@outlook.com.

*European perspective. However, some political, economic and social events in Brazil and in the world during this decade caused the theme to be ruled as a matter of order that needs to be discussed and resolved, given that the subject has come to be seen as a matter that if not worked in a serious and compromised manner by civil society and the competent authorities, it will cause side effects that could erode and destroy the entire financial, political and social system of a given nation. Given this scenario of instability regarding the arrival of new immigrants to Brazil, this article will address the phenomenon of the forced displacement of Venezuelans to Brazilian territory, especially to the state of Roraima, which borders Venezuela. There will be made an analysis of the entrance of Venezuelan refugees and migrants in the country, in the light of a specific case, namely the ação cível originária 3.121 (ACO 3.121), in particular about the refusal to provide public health services to these people. The key guiding question of this research was whether ACO 3.121, which requests the closure of the border between Brazil and Venezuela, as well as demands a declaratory court decision on the fairness of the refusal to provide public health services, violates the fundamental constitutional law to health of Venezuelan migrants. The methodology used was literature review, documental research and case law.*

**Keywords:** ACO 3121. Right to Health. Refugees. Migrants. Venezuelan.

## 1. INTRODUÇÃO

Não há dúvidas que o mundo global político vive momento de intensos conflitos de intolerância étnica e imigratória. Expressões como xenofobia, xenófobos e xenofóbicos são conhecidas pelos cidadãos brasileiros, contudo sempre foram vistas na ótica romantizada europeia. O Brasil já vivenciou várias ondas imigratórias – italiana, alemã, japonesa, a título de exemplo -, de modo que, por exemplo, fez com Getúlio Vargas editasse o Decreto nº 19.482/1930, que limitou o ingresso de imigrantes ao país. Apesar desses momentos, a questão imigratória nunca foi entendida como uma matéria que precisasse realmente ser debatida. Entretanto, alguns acontecimentos políticos, econômicos e sociais no Brasil e no mundo, nessa década, fizeram com que o tema fosse pautado como questão de ordem que precisa ser discutido e solucionado, dado que o assunto passou a ser visto como uma matéria que se não trabalhada de maneira séria e comprometida pela sociedade civil e pelas autoridades competentes irá ocasionar efeitos colaterais que poderão corroer e destruir todo o sistema financeiro, político e social de uma dada nação.

Diante desse quadro de instabilidade em relação à chegada de novos imigrantes ao Brasil, este artigo irá abordar o fenômeno do deslocamento forçado de venezuelanos para o território brasileiro, sobretudo para o estado de Roraima, que faz fronteira com a Venezuela. Far-se-á uma análise acerca dos refugiados e imigrantes venezuelanos que ingressaram no país à luz de um caso concreto, qual seja, a ação cível originária nº 3.121 (ACO nº 3.121). Como estudo de caso, essa ação foi selecionada porque abrange de maneira contemplativa várias das questões que precisarão ser enfrentadas pelas políticas públicas nacionais e também pelo Poder Judiciário nos próximos anos, tais como, por exemplo: (i) a relação política entre Brasil e Venezuela; (ii) a prestação de serviços públicos a imigrantes e refugiados venezuelanos; (iii) a garantia de direitos fundamentais; (iv) o Estatuto do Estrangeiro e a nova Lei de Mi-

gração; (v) o deslocamento forçado de venezuelanos ao Brasil; (vi) o direito à saúde; (vii) e o direito à saúde no federalismo brasileiro.

Os venezuelanos, que sofrem com a falta dos recursos mais básicos de todo e qualquer cidadão, estão procurando fugir da Venezuela na tentativa de encontrarem um novo começo em um novo país. A crise política (institucional) e econômica na Venezuela é tão intensa que o país sofre com uma inflação de cerca de 10.000.000% (dez milhões por cento) ao ano (NOGARA, 2018, p. 23-43). A Prefeitura Municipal de Boa Vista estima que até abril de 2018 cerca de 50.000 (cinquenta mil) venezuelanos ingressaram no estado de Roraima. Esse número representa pouco mais de 15% (quinze por cento) do total populacional da capital do estado, que é de aproximadamente 300.000 (trezentos mil) habitantes. Evidentemente que esse excesso populacional ocasiona, diante do despreparo estatal em lidar com essa situação atípica e emergencial, sérios problemas na realização de políticas públicas, como, por exemplo, concessão de moradia, educação e sobretudo saúde. O estado e os municípios de Roraima não possuem recursos para atender todo esse contingente de pessoas em massa e, por isso, o presente artigo irá abordar também a questão da limitação do acesso aos serviços públicos de saúde em Roraima em sua ótica centrada na divisão de competências estabelecidas no federalismo brasileiro.

Um dos princípios que regem o Brasil em suas relações internacionais é o da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade (art. 4º, IX, CF). A Constituição Federal estabelece que a República Federativa do Brasil deve buscar a integração social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações (art. 4º, parágrafo único, CF). A questão imigratória vem ganhando força no debate político nacional contemporâneo e, por isso, o intuito deste artigo é abordar as problemáticas sobre o tema enfocado da ótica de limitação do acesso aos serviços públicos de saúde à luz de um caso concreto, que é a ação cível originária nº 3121. A questão-chave norteadora desta pesquisa é: a ACO 3.121, que solicita o fechamento da fronteira entre o Brasil e a Venezuela, bem como demanda decisão judicial declaratória de justa causa para negativa de fornecimento de serviços públicos de saúde, viola o direito constitucional fundamental à saúde dos migrantes venezuelanos? Ainda assim, será analisada a relação entre a reserva do possível e a garantia dos direitos fundamentais, far-se-á a distinção entre imigrantes e refugiados, bem como demonstrar-se-á a importância constitucional do direito à saúde no federalismo brasileiro, que, ao certo, é o direito fundamental que mais vem sendo limitado aos venezuelanos que se encontram no estado de Roraima.

No que concerne à metodologia, foram desenvolvidas pesquisas bibliográficas com o objetivo de estabelecer um mapeamento de produções científicas na busca de identificar projetos acadêmicos desenvolvidos anteriormente cujo escopo de estudo em maior ou menor grau estejam em conexão com a temática desenvolvida neste trabalho. Foram analisadas teses e dissertações publicadas na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), artigos publicados em periódicos científicos, documentos disponibilizados pelo Governo Brasileiro, livros de vasta doutrina constitucional e sítios jurídicos. Quanto ao procedimento, trabalhou-se com estudo de caso (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE, 1977), pesquisa bibliográfica (CERVO; BERVIAN, 1983) e pesquisa documental (SILVA; GRIGOLO, 2002). Sob a ótica de abordagem do problema, elaborou-se uma pesquisa qualitativa (RICHARDSON, 1999).

## 2. RELATÓRIO DO CASO

Em 13 de abril de 2018, a governadora do estado de Roraima, Suely Campos, do Partido Progressista (PP), propôs no Supremo Tribunal Federal (STF) a ação cível originária (ACO) nº 3121, com pedido de tutela provisória, demandado que a União fechasse a fronteira entre o Brasil e a Venezuela, impedindo, assim, a entrada “desenfreada” de venezuelanos ao país. Conforme consta na petição inicial, a governadora afirma que os mais de 50.000 (cinquenta mil) imigrantes refugiados que se encontram na capital, Boa Vista, têm levado o estado a suportar incalculável impacto econômico. Além do fechamento da fronteira, a governadora Suely Campos demanda a concessão de tutela de urgência para que a União promova medidas de caráter administrativo no campo de controle de poder de polícia, saúde e vigilância sanitária. Ainda solicita que a União repasse mais verbas para o estado de Roraima, que, segundo a autora, está tendo que arcar e suportar os custos gerados pela onda imigratória venezuelana. Não obstante, a autora da ação demanda que a União limite o quantitativo de ingresso de imigrantes ao estado de Roraima.

Em síntese, o estado de Roraima alega que a União está sendo omissa ao deixar de cumprir seu dever constitucional de fiscalização das fronteiras, ocasionando, com isso, ônus excessivo ao estado de Roraima. Afirma que mais de 50.000 (cinquenta mil) imigrantes venezuelanos estariam vivendo no Município de Boa Vista, representado 15% (dez por cento) da população do estado, gerando impactos nas diversas áreas, sobretudo saúde, educação e segurança pública. Informou que decretou em dezembro de 2017 estado de emergência social. Arguiu que até o momento do ajuizamento da petição inicial, apesar da edição da Medida Provisória nº 820/2018, que dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária, nenhum recurso adicional teria efetivamente sido transferido pela União ao estado.

A Defensoria Pública da União – DPU, a Associação Direitos Humanos em Rede, o Instituto Migrações e Direitos Humanos – IMDH, o Centro de Direitos Humanos e Cidadania do Imigrante – CDHIC, a Pia Sociedade dos Missionários de São Carlos, a Sociedade de Defesa dos Índios Unidos do Norte de Roraima – SODIURR, a Aliança de Integração e Desenvolvimento das Comunidades Indígenas de Roraima – ALIDCIRR, a Associação de Desenvolvimento dos Povos Indígenas Taurepanngs do Estado de Roraima – ADPITERR e o Município de Pacaraima foram admitidos na qualidade de *amicus curiae*.

Em 1º de agosto de 2018, a governadora Suely Campos editou o Decreto Estadual nº 26.861-E/2018. Tal ato decreta atuação especial das forças de segurança pública e demais agentes públicos do estado de Roraima em decorrência do fluxo migratório de estrangeiros. Referido ato administrativo restringiu o acesso aos serviços públicos, sobretudo saúde pública, somente aos venezuelanos que detenham e portem passaporte. Prevê também a expulsão de venezuelanos que estejam envolvidos em crimes. A União, nos autos da ACO nº 3.121, arguiu a inconstitucionalidade do Decreto nº 25.681-E/2018, do estado de Roraima, sob o argumento de que referido ato permitiria tratamento discriminatório na prestação de serviços públicos aos imigrantes venezuelanos. Sustenta serem inconstitucionais os artigos 1º, 2º e

3º, pois teriam afrontados os artigos 1º, III, 3º, IV, 4º, 5º, caput, 21, XXII, 144, caput, e parágrafo 1º, III, 196 e 205, todos da Constituição Federal, bem como os artigos 3º, I, II, VI, IX, X, XI, XII, XVI, XX e XXII, 4º, I, II, VIII, IX, X e XV, parágrafo 1º, da Lei nº 13.445/2017 (Lei de Migração).

Foram realizadas, sem sucesso, audiências de conciliação em 18 de maio de 2019 e 8 de junho de 2018. A Procuradoria-Geral da República, em parecer, manifestou-se pelo indeferimento do pedido de medida cautelar e pela inconstitucionalidade do Decreto nº 25.681/2018 do estado de Roraima. Em decisão monocrática, a Ministra Rosa Weber, relatora originária do feito, indeferiu o pedido de fechamento da fronteira e deferiu o pedido da União de suspensão do Decreto nº 25.681/2018 do estado de Roraima. O estado de Roraima, em 19 de setembro de 2019, apresentou proposta de acordo. Em 7 de dezembro de 2018, uma nova audiência de conciliação foi realizada, na qual Roraima trouxe novas propostas de conciliação. Destacam-se as seguintes: (i) compensação financeira ao estado de Roraima no valor de R\$ 168.383.279, 70 (cento e sessenta e oito milhões, trezentos e oitenta e três mil, duzentos e setenta e nove reais e setenta centavos), que corresponderia a 60% (sessenta por cento) dos dispêndios gastos pelo estado com a prestação de serviços públicos aos imigrantes venezuelanos; (ii) a distribuição dos imigrantes venezuelanos por outros estados da federação; (iii) repasse mensal ao estado de Roraima de valores referentes aos gastos realizados com atendimentos médico-hospitalares aos venezuelanos; (iv) a continuidade da Operação Acolhida; (v) cooperação técnica com a União com o objetivo de viabilizar maior acesso pelo estado de Roraima aos recursos disponibilizados pelo Governo federal e; (vi) parcerias entre a União e organizações da sociedade civil, de modo a prestarem serviços com a finalidade de reduzir o sofrimento dos imigrantes.

A Defensoria Pública da União, na qualidade de *amicus curiae*, destacou a importância de a União concordar com as propostas dos itens “ii, iv, v e vi” do acordo apresentado pelo estado de Roraima. Em 09 de abril de 2019, as partes requereram a suspensão do feito pelo prazo de 6 (seis) meses, com base no artigo 313, inciso II, do Código de Processo Civil. Em despacho publicado no dia 16 de maio de 2019, a Ministra relatora determinou a suspensão do processo pelo prazo de 6 (seis) meses. O processo, até o fechamento deste artigo<sup>1</sup>, encontra-se suspenso.

A atitude da governadora é um tanto quanto problemática, sobretudo na ótica de garantia dos direitos fundamentais. Está disposto no artigo 5º, caput, da Constituição Federal: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. Tendo em vista o dispositivo constitucional que é visto pela doutrina pátria como o coração dos direitos e garantias individuais, será que a ACO nº 3.121, que solicita o fechamento da fronteira entre o Brasil e a Venezuela, bem como demanda decisão judicial declaratória de justa causa para negativa de fornecimento de serviços públicos de saúde, viola o direito constitucional fundamental à saúde dos migrantes venezuelanos? Antes de responder a essa indagação, necessário torna-se dispor comentários sobre as similitudes e diferenças entre situação de refúgio e de migração.

<sup>1</sup> O presente artigo foi finalizado no dia 18.06.2019.

### 3. SIMILITUDES E DIFERENÇAS ENTRE SITUAÇÃO DE REFÚGIO E DE MIGRAÇÃO

O deslocamento humano representa a busca por melhores condições de vida. Não é fácil ter que abandonar um lar junto com as tradições de seu país, porém a falta de oportunidades de emprego, estudos e moradia ocasiona tal movimentação de pessoas. Essas situações se intensificam ainda mais em relação aos refugiados. Esse grupo de pessoas não costuma sair de seus países simplesmente para buscar melhores condições de vida, mas sim por uma questão de sobrevivência. Atualmente, o Brasil é um dos países que mais recebem migrantes e refugiados, sobretudo fluxo de pessoas vindo da Venezuela. Dados da Polícia Federal<sup>2</sup> mostram que o país recebeu 3.220 solicitações de refúgio em 2011. Em 2017, esse número subiu para 33.866 solicitações. Percebe-se um aumento significativo. Dessas 33.866 solicitações de refúgio mais da metade foram de venezuelanos, mais especificamente 17.865 pedidos. Não à toa, esse artigo buscou abordar justamente esse grupo de pessoas.

Como dito anteriormente, do total de 33.866 de solicitações de refúgio feitas ao Brasil no ano de 2017 mais da metade correspondem a pedidos de venezuelanos. Os cubanos, segundo colocados nesse ranking, por exemplo, fizeram 2.373 solicitações. Haitianos 2.362, angolanos 2.036, chineses 1.462, senegaleses 1.221, sírios 823, nigerianos 549 e etc. Interessante se mostram as solicitações de reconhecimento da condição de refugiados por unidade federativa no ano de 2017. Veja-se: 15.955 no estado de Roraima, 2.864 em Amazonas, 701 no Acre, 329 no Distrito Federal, 237 em Minas Gerais, 9.591 em São Paulo, 670 no Rio de Janeiro, 766 no Paraná, 921 em Santa Catarina, 767 no Rio Grande do Sul. Estados como Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia, Sergipe e Tocantins somados totalizam 4% das solicitações.

Os dados empíricos das solicitações de reconhecimento da condição de refugiados por unidade federativa em 2017, disponibilizados pelo Ministério da Justiça - Secretaria Nacional de Justiça, revelam que o estado que mais recebeu pedidos foi Roraima, com aproximadamente 47% (quarenta e sete por cento) do total de solicitações. Logo, depreende-se que a unidade da federação que mais tem que se deparar com questões imigratórias e refugiados venezuelanos é Roraima.

Apesar do alto número de solicitações de refúgio, o Comitê Nacional para os Refugiados - CONARE, segundo os mesmos dados disponibilizados pelo Ministério da Justiça - Secretaria Nacional de Justiça - em 2017, reconheceu 719 solicitações de refúgio: 310 referentes à Síria, 106 à República Democrática do Congo, 50 à Palestina, 24 ao Paquistão, 16 ao Egito, 8 ao Iraque, 7 ao Mali, 7 ao Líbano, 6 a Camarões, 5 à Guiné e 180 referente a outros países.

Embora o Brasil venha aumentando a quantidade de solicitações de refúgio reconhecidas, esse número não aumentou na mesma proporção da crescente quantidade de pedidos. Em 2011, foram reconhecidas 514 solicitações de refúgio, 558 em

<sup>2</sup> Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Justiça. Refugiados em Números. 3ª ed. Disponível em: <[https://www.justica.gov.br/news/de-10-1-mil-refugiados- apenas-5-1-mil-continuem-no-brasil/refugio-em-numeros\\_1104.pdf/view](https://www.justica.gov.br/news/de-10-1-mil-refugiados- apenas-5-1-mil-continuem-no-brasil/refugio-em-numeros_1104.pdf/view)>. Acesso em: 02.03.2019.

2012, 624 em 2013, 667 em 2014, 682 em 2015, 713 em 2016 e 719 em 2017. Por outro lado, em 2011 foram 3.220 pedidos de refúgio, 4.022 em 2012, 17.631 em 2013, 28.385 em 2014, 28.670 em 2015, 10.308 em 2016 e 33.866 em 2017. Mais especificamente em relação ao venezuelanos, grupo central objeto de estudo desse artigo, segundo dados da Polícia Federal, apenas 18 (dezoito) nacionais da Venezuela foram reconhecidos como refugiados no Brasil, sendo 4 (quatro) em 2015 e 14 (quatorze) em 2016. Lembrando, novamente, que esses dados dizem respeito somente até o ano de 2017, embora divulgados em 2018.

O número de solicitações de refúgio de venezuelanos aumentou muito nos últimos anos, sobretudo a partir de 2014, de acordo com dados disponibilizados pela Polícia Federal. Veja-se: foram 4 solicitações em 2010, 4 em 2011, 1 em 2012, 43 em 2013, 201 em 2014, 822 em 2015, 3.375 em 2016 e 17.865 em 2017. Os dados apresentados até aqui serviram para mostrar o quão caótica encontra-se a Venezuela. São vários os motivos que levaram o país ao estado de coisa inconstitucional. A violação grave aos direitos humanos fez com que os venezuelanos buscassem refúgio em países vizinhos, como Colômbia e Brasil. O Brasil, diante dessa situação, não pode simplesmente negar atendimento a esse povo, por todos os motivos que serão abordados mais à frente, especialmente para garantir a dignidade humana dessas pessoas que enxergam no Brasil um novo começo. Dignidade humana pode ser vista na acepção de “direito a ter direitos” (ARENDR, 1989, p. 332).

Quatro são as nuances elementares da configuração de estado de refugiado (BARICHELLO; DE ARAUJO, 2014, p. 63-76): (i) o refugiado deve estar fora de seu país; (ii) o Estado de origem deve não ter interesse ou ser incapaz de gerar proteção aos seus cidadãos ou dificultar o retorno dos refugiados; (iii) fundado temor de perseguição e, por fim; (iv) perseguição por razões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um determinado grupo social ou por opinião política.

O Brasil produziu sua primeira norma nacional acerca dos refugiados apenas em 1997, por meio da Lei nº 9.474 (GRADIN, 2018, p. 427-449). A Lei nº 9.474/1997, em seu art. 1º, afirma que será reconhecido como refugiado todo indivíduo que: (i) devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas encontre-se fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país; (ii) não tendo nacionalidade e estando fora do país onde antes teve sua residência habitual, não possa ou não queira regressar a ele, em função das circunstâncias descritas no inciso anterior; ou (iii) devido a grave e generalizada violação de direitos humanos é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país. A Lei nº 9.474/1997, apesar de ser um importante marco teórico legal brasileiro sobre refugiados, está restrita a abarcar tão somente os refugiados. Referido diploma não regula, em tese, as situações dos migrantes forçados e dos migrantes voluntários, que terão sua situação jurídica regulada pela nova Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017).

Saber identificar a diferença entre migrantes e refugiados é fundamental para entender qual será o diploma normativo que irá regular a situação jurídica dessas pessoas. Se refugiado, serão regidos pela Lei nº 9.474/1997. Se migrantes, o diploma que deverá ser observada será a Lei nº 13.445/2017.

Migrantes são aqueles que saíram de seu país de origem em busca de melhores condições de vida, podendo a qualquer momento retornar para sua terra natal. Refugiado, contudo, são aqueles que saem do país de origem por conta de fundado temor de perseguição, não conseguindo ter sua volta facilitada pelo Estado Nacional. Embora as diferenças entre esses dois grupos possa aparentar ser facilmente aferida, há situações em que o limiar é muito tênue, como, por exemplo, nos casos de migração forçada. Migração forçada é aquela em que, embora não sejam refugiados, as pessoas saem por razões alheias à sua vontade, como, por exemplo, causas econômicas, sociais e ambientais. Nesse quadro de migração, o Estado não costuma garantir à população o acesso às necessidades básicas e fundamentais para uma vivência digna (DA SILVA, 2013).

Por todo o exposto, não é fácil definir qual seja a real delimitação da situação dos venezuelanos no Brasil. Em um primeiro momento, conforme tratado na introdução desse artigo, os venezuelanos saíram de seus país em busca de melhores condições de vida, caracterizando, assim, uma situação de migração. No entanto, hoje, em face dos conflitos políticos envolvendo o país, sobretudo por conta da violação a direitos humanos cometidos por parte do Governo venezuelano, especialmente pelo confronto aparente iniciado entre Juan Guaidó e Nicolás Maduro, tal fluxo de deslocamento se aproxima mais da ideia de refugiados, tendo em vista as perseguições por conta de opiniões políticas. Atualmente, portanto, o deslocamento de venezuelanos para o Brasil possa ser entendido também como uma movimentação de refugiados, e não uma questão de imigração pura e simples. Entretanto, conforme supracitado, a fronteira de diferenciação entre refúgio e migração forçada é muito tênue, podendo, também, ser entendida como uma situação de migração forçada.

Feitos essas considerações acerca das similitudes e diferenças entre situação de refúgio e de migração, a fim de situar o leitor na compreensão do que seja refugiado, migrante e migrante forçado, é possível tecer comentários sobre o cerne deste artigo no que diz respeito ao pedido feito na ACO 3.121 de causa declaratória de justa causa para negativa de fornecimento de serviço público de saúde aos venezuelanos residentes no estado de Roraima.

#### 4. DIREITO À SAÚDE

Os venezuelanos, quando aqui chegaram, encontraram dificuldades de acesso à rede de saúde pública. Diante dessa situação de violação a direitos humanos, o Governo brasileiro, por meio da Resolução Normativa CNlg nº 126/2017, tentou regularizar, de forma provisória, a situação desses imigrantes ou refugiados, de modo a permitir o acesso aos serviços básicos de saúde pública. Cabe ressaltar que referido ato administrativo, em alguma medida, funcionou como verdadeiro visto humanitário. Frisa-se ainda que mencionado ato secundário não se encontra mais em vigência, sendo substituído por outros atos supervenientes, que, ao fim e ao cabo, corrigiram algumas falhas provenientes dessa primeira edição normativa.

É importante destacar a importância do direito constitucional fundamental à saúde, dada a tentativa da governadora de Roraima, na ACO 3.121, de limitação ao acesso ao serviço público de saúde

Tradicionalmente, o direito à saúde é visto como um direito fundamental de segunda geração. O direito à saúde representa um direito individual do cidadão e também de toda a coletividade (MAIA, 2012, p. 197-221). A Constituição Federal de 1988 foi a carta constitucional brasileira que mais preocupou-se por tutelar o direito à saúde. Referido tema virou objeto de proteção na condição de direito fundamental, disposto, por exemplo, no artigo 6º, e também de garantia da ordem social, disciplinadas entre os artigos 196 a 200, ambos da Constituição Federal.

A proteção constitucional do direito à saúde pode ser vista como um conquista histórica, tendo em vista que antes da atual Constituição Federal esse direito apenas estava disposto em normas esparsas, como garantias de socorro público e inviolabilidade do direito à subsistência (SARLET, 2008, p. 125-172).

Além dessa proteção constitucional positiva feita pelo ordenamento jurídico brasileiro, várias outras normas internacionais foram internalizadas pelo Brasil. Cita-se: Declaração Universal de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas, Pacto Internacional de Direitos econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc), Convenção Americana de Direitos Humanos – Pacto de San Jose da Costa Rica, Protocolo de Salvador e Declaração de Alma-Ata. O direito à saúde é um direito fundamental que deve ser protegido e resguardado, sendo tutelado sob a ótica de proteção da dignidade da pessoa humana (MARTINS; 2008). Essa relação de intimidade pode ser aferida da leitura do artigo 196 da Constituição Federal, que disciplina que 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.

Para Ingo Sarlet (2008, p. 240), o direito à saúde é um direito fundamental que, necessariamente, salvaguarda outros bens fundamentais, melhor dizendo, que tutela outros direitos individuais. Há, portanto, uma relação de interdependência entre o direito à saúde, a vida, a propriedade, a seguridade social, a dignidade da pessoa humana, o ambiente, a moradia, a privacidade e o trabalho. O direito à saúde pode ser compreendido como uma norma constitucional de eficácia plena e programática, isto porque representa uma orientação ao legislador e também um direito individual de todo e qualquer cidadão e da coletividade. O direito à saúde representa uma prestação negativa, de não intervenção do Estado na acepção individual de cada pessoa, e também uma prestação positiva, de obrigação da satisfação dessa necessidade coletiva pelo Estado. Logo, o Estado não pode romper com essa garantia constitucional, além de ter que, necessariamente, garantir o acesso dos cidadãos a esse direito social, que é, também, um direito fundamental.

Não há dúvida que o direito à saúde é um direito fundamental, independentemente de ser classificado como de primeira ou segunda geração. Surge, com essa concepção, que é dever do Estado tutelar e dar efetividade a esse direito. Não menos importante é explicitar quais as funções, em regra, do direito à saúde. Como dito anteriormente, esse direito possui um duplo campo de proteção constitucional, quais sejam, tanto na esfera individual quanto na esfera da coletividade. Logo, o direito à saúde tutela direitos individuais e coletivos, cujas funções são promocionais, preventivas e curativas. Quer dizer, seus objetivos são promover o bem estar humano, providenciar políticas públicas de caráter preventivo e realizar a satisfação de neces-

sidades de pessoas que já se encontrem em estado de saúde debilitada.

Importante se torna destacar que o direito à saúde possui uma dupla fundamentabilidade, melhor dizendo, reveste-se como direito e garantia fundamental no aspecto formal e também material (SARLET, 2001, p. 91-107). A fundamentabilidade no âmbito material reflete a relevância do bem jurídico tutelado, idealizado na ideia de proteção da saúde como manutenção da vida (FIGUEIREDO, 2007). Já o aspecto formal encontra respaldo justamente por conta da positivação desse direito na Constituição Federal, diferentemente do que até então vinha ocorrendo na história constitucional brasileira (MOLINARO; MILHORANZA, 2007, p. 220). No entanto, embora ressaltadas todas essas características do direito à saúde, difícil é a concretização do que realmente é protegido por essa garantia fundamental. Afinal, o que se pode entender como protegido no âmbito do direito à saúde? Evidentemente que a resposta a essa pergunta não é tão simples. Necessita-se ter bastante cuidado na hora de definir o que se encontra preservado por esse direito, tendo em vista a possibilidade de exclusão de certas proteções que deveriam estar abarcadas ou até mesmo a inclusão de conteúdo que não tenha correlação nenhuma com a seara desse preceito fundamental.

Talvez, por isso, numa visão pragmática, alguns autores afirmam que o campo de proteção do direito à saúde deve ser o mais abrangente possível, a fim de evitar que dada circunstância importantíssima fique de fora do âmbito de proteção dos direitos fundamentais (CAMBI, 2015, p. 119-151). Essa concepção simboliza a ideia de que o termo direito à saúde poderia ser melhor compreendido se entendido como direito de promoção à saúde (SCLIAR, 1987, pp. 32-33). O que se pretende com toda essa exposição é demonstrar que o direito à saúde está intimamente ligado com a dignidade da pessoa humana. Na verdade, cuida de realização da dignidade humana. Ora, o que se quer não são questões supérfluas ou tratamentos caríssimos, mas sim um atendimento que possa possibilitar, no mínimo, a sobrevivência física, garantindo condições materiais mínimas para que se tenha uma vida saudável e com certa qualidade.

Resta saber quem são os titulares e destinatários do direito à saúde. Basta uma leitura simples do artigo 5º, caput, da Constituição Federal para depreender-se que cuida de direito de todos e de cada pessoa individualmente considerada, tendo em vista o seu aspecto de universalidade. Assim sendo, não caberia nenhum tipo de visão restritiva a limitar essa garantia fundamental aos brasileiros e estrangeiros residentes no país, excluindo, com isso, os estrangeiros que encontram-se em situação de refúgio ou de migração forçada. Na verdade, deve ser entendido da forma mais ampla possível, a fim de se evitar injustiças no âmbito de tutela desse direito fundamental, incluindo, com isso, sem nenhuma dúvida, a proteção dos venezuelanos refugiados e imigrantes. O destinatário, por outro lado, será o Estado.

O aspecto objetivo do direito à saúde levou o Estado brasileiro a criar o Sistema Único de Saúde – SUS. O SUS cuida se uma verdadeira garantia institucional fundamental. Assim, não apenas o direito à saúde é protegido, como também o próprio SUS. A ideia já mencionada anteriormente de que o direito à saúde deve ser visto como o mais amplo possível é reafirmada em um dos princípios norteadores de atuação do SUS, qual seja, o princípio da integralidade de atendimento, que afirma que a cobertura de atendimento deve ser a mais ampla possível, com o propósito de tutelar efetivamente a dignidade humana, não podendo excluir qualquer pessoa por motivos

de raça, etnia, religião ou qualquer outro fundamento de discriminação. Além do mais, a relevância pública do direito à saúde, para efetivação da proteção da dignidade humana, autorizaria a interpretação extensiva, a fim de proteção aos venezuelanos que chegaram ao Brasil na condição de imigrante ou de refugiado. No entanto, no caso dos imigrantes venezuelanos no estado de Roraima, o problema não está na não disponibilização de serviços de saúde pura e simples. Envolve, na verdade, a falta de recursos públicos, que justificou a limitação da prestação dos serviços de saúde a esse grupo de pessoas. Fala-se na denominada reserva do possível.

A reserva do possível perpassa sobre uma dupla justificativa. Uma justifica é a de que o estado de Roraima, embora queira prestar os serviços de saúde aos venezuelanos, não possui realmente recursos públicos para isso. Outro argumento, no entanto, é que o estado de Roraima estaria fazendo ponderações acerca de onde melhor alocar os seus recursos públicos e decidiu simplesmente por não destinar verbas ao fornecimento de prestação de serviços de saúde aos venezuelanos em situação de migração forçada ou de refúgio. Nessa situação vivenciada no estado de Roraima, quando colocados na balança o direito à saúde e a reserva do possível, dever-se-á ter em mente que o direito à saúde é um direito fundamental prestacional (SILVA, 2006, p. 767). Demanda, com isso, a implementação de políticas públicas e recursos financeiros para a sua prestação. Inclusive, esse é o posicionamento que vem sendo adotado na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal – STF.

O STF possui jurisprudência firme no sentido de que, apesar do caráter programático atribuído ao artigo 196 da Constituição Federal, o Estado não pode acabar por se eximir do dever jurídico constitucional de propiciar aos cidadãos os meios necessários à realização do direito à saúde. O Poder Judiciário, segundo o Supremo, sem que ocorra violação ao princípio da separação de poderes, pode determinar a implementação de políticas públicas nas questões que dizem respeito ao direito constitucional à saúde. Na possível colisão entre o direito à saúde e interesses secundários do Estado, a Suprema Corte decidiu que deve prevalecer o direito à vida e, por consequência, o direito à saúde<sup>3</sup>. O Poder Público, qualquer que seja o ente da federação (federal, estadual ou municipal), não pode ser indiferente à prestação e realização de políticas públicas que atendam às necessidades individuais e coletivas da população em relação ao direito à saúde, sob pena de incidir, mesmo que por omissão, em comportamento inconstitucional censurável. Além disso, a importância do direito à saúde é tão grande como garantia fundamental a todo e qualquer cidadão em face do Estado que há a configuração de responsabilidade solidária dos entes da federação em matéria de saúde<sup>4</sup>. Isto é, poder-se-á pleitear a concretização do direito à saúde em face de qualquer um dos entes federativos.

Na verdade, o cumprimento do artigo 196 da Constituição Federal assegura a todos o direito à saúde e representa um imperativo de solidariedade social. O direito público subjetivo à saúde garante a todas as pessoas, independentemente se brasileiro ou estrangeiro, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. A norma programática contida no artigo 196 da Constituição Federal não pode ser

<sup>3</sup> STF, AgRg no Ag no RE 801.676, Rel. Min. Roberto Barroso, 1ª turma, j. em 19.08.2004, DJe 03.09.2014.

<sup>4</sup> STF, SL 47-AgR, Rel. Min. Gilmar Mendes, Plenário, j. em 17.03.2010, DJe 30.04.2010.

apenas uma promessa constitucional inconsequente. Mais do que a simples positivação do direito à saúde, que é um estágio necessário no processo de afirmação constitucional, o artigo 196 representa um vínculo institucional que gera uma garantia instrumentalmente vinculada à sua realização (SILVA, 2000, p. 199).

Não basta que o Estado reconheça o direito formal à saúde. É preciso que o Poder Público respeite e garanta a realização de políticas públicas que coloquem à disposição da população brasileira e estrangeira, sobretudo em relação àqueles que mais necessitam, o acesso a médicos e hospitais da rede pública. As ações e serviços de saúde, conforme artigo 197 da Constituição Federal, são classificadas como prestações de relevância pública, legitimando, com isso, inclusive, a atuação do Ministério Público e do Poder Judiciário nos casos em que os órgãos estatais deixem de cumprir o mandamento constitucional.

Manifestados os pontos centrais do direito constitucional fundamental à saúde, buscar-se-á tecer comentários sobre o direito à saúde no federalismo brasileiro e depois apresentar as considerações finais.

## 5. O DIREITO À SAÚDE NO FEDERALISMO BRASILEIRO

O federalismo brasileiro é marcado por profundas desigualdades regionais, sobretudo por conta de limitações financeiras. A efetividade do direito à saúde, por outro lado, necessita do sucesso do federalismo cooperativo, melhor dizendo, depende do comprometimento de todos os entes federativos na garantia dos direitos fundamentais e na concretização de políticas públicas, em especial, nesse caso, do acesso à saúde de qualidade.

No Brasil, no que diz respeito à realização de políticas públicas na área da saúde, Estados e Municípios podem gerir pautas da saúde por iniciativa própria ou por adesão a algum programa proposto por outro ente federado (ARRETCHE, 1999, p. 111-141). Para tanto, há a necessidade de serem incentivados para tal. Deste modo, percebe-se a existência da vasta dificuldade que a União possui para delegar funções a níveis de Governo estadual e municipal, gerando, com isso, situações como a encontrada nos autos da ACO nº 3.121.

O federalismo brasileiro vivenciou diferentes modelos ao longo de seu constitucionalismo. Como se sabe, a primeira Constituição a adotar o federalismo foi a Constituição de 1891. No entanto, esse federalismo inicial em muito se destoa com o contemporâneo, talvez pelo fato das constantes mudanças de sua configuração ao passar dos anos. Destacam-se três períodos principais para compreensão do exercício do direito à saúde (KULGEMASA, 1999, p. 63-81): (i) centralismo (configurado no regime militar); (ii) orientação para descentralização (década de 1980) e; (iii) federalismo predatório (início da década de 1990).

O debate sobre reforma e redefinição do perfil do sistema de saúde no país coincidiu justamente com o segundo período, qual seja, o de orientação para descentralização, culminando, na Carta Constitucional de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que integra uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de maneira descentralizada, embora constitua um sistema único (DOURADO, 2012,

p. 10-34). Bem dispõe o artigo 198 da Constituição Federal: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com as seguintes características: I) descentralização”.

No que diz respeito à saúde, a Constituição Federal, no artigo 23, inciso II, estabelece que é da competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde. No artigo 24, inciso XII, dispõe que compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre proteção e defesa da saúde. Estabelece a Constituição Federal que compete aos Municípios prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população (art. 30, VII). Diante do exposto, percebe-se que é da competência de todos os entes da federação a promoção do acesso e exercício do direito à saúde, como concretização de um direito fundamental constitucionalmente assegurado, independentemente de legislação infraconstitucional, pois, como dito, possui seu respaldo assecuratório advindo da própria Carta Maior. Conclui-se, portanto, que a Constituição não isentou qualquer entidade política da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde.

O desenho constitucional brasileiro tentou estabelecer um sistema público de saúde em que todas as esferas da federação teriam sua parcela de participação, cada qual contribuindo com as atividades que seriam de sua competência. Na verdade, percebe-se que o constitucionalismo nacional buscou proteger o exercício do direito à saúde de forma plena, obrigando todas as entidades da Administração Pública direta a fazerem parte desse organismo assecuratório do acesso à saúde. Entretanto, esse sistema inaugurado pela Constituição de 1988 não é tão perfeito. Pelo contrário, apesar da importância do estabelecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, algo próprio do Brasil, a prestação e fomento de política pública na área de saúde está centrada na União.

Na distribuição intergovernamental, a União é responsável pela formulação da política nacional de saúde, criando, dessa maneira, um complexo em que ela coordena as ações intergovernamentais. Assim sendo, o Governo Federal, sobretudo pelo Ministério da Saúde, possui a atribuição de tomar as decisões mais importantes nessa esfera setorial, de modo que as políticas públicas de saúde locais se tornam dependentes das transferências dos recursos financeiros distribuídos pelo Governo federal. Há, portanto, uma influência da agenda federal sobre a agenda local (RAMOS, 2017, p. 201-223).

O Sistema Único de Saúde – SUS, que inicialmente foi desenhado para ser descentralizado, ao ser encaixado no federalismo brasileiro, historicamente marcado pela superposição da União sobre os demais entes da federação, passou a ter uma feição de centralização, amoldando-se à perspectiva de que o Governo federal, por deter boa parte dos recursos financeiros utilizados para a prestação de políticas públicas, ditará a pauta e agenda da pasta da saúde pública no país. Essa centralização provoca dificuldade de uma convivência pacífica entre a União e os demais entes federativos, ocasionando, com isso, constantes conflitos de natureza jurídica, como o que se deu na ACO nº 3.121. A frágil capacidade regulatória da área da saúde gera uma centralização excessiva, causando, por efeito colateral, uma fragmentação institucional, dado que o sistema foi feito para ser descentralizado.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é de hoje que os problemas acerca do modelo regulatório do sistema de saúde no Brasil vem ocasionando conflitos entre os entes da federação. Já na década de 1980, quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>5</sup>, que influenciou as reformas sanitárias na década de 1980, uma das pautas da reunião foi justamente pensar em um modelo em que todas as pessoas jurídicas de direito público da administração direta fariam parte da prestação dos serviços de saúde. Formulou-se, nesse encontro, um paradigma em que competiria (i) à União a formulação, regulação e condução da política nacional de saúde; (ii) aos Estados competiria a prestação dos serviços regionais de saúde, sobretudo os de caráter secundários e terciários; e (iii) aos Municípios competiria a gestão e organização dos serviços básico de saúde. Esse deveria ser o modelo ideal da realização de políticas de saúde no país.

Na prática, esse modelo não se realiza de maneira tão perfeita, cabendo aos pesquisadores das diversas áreas, como, por exemplo, saúde, gestão de políticas públicas e Direito apontarem os defeitos existentes na conformação regulatória atual, de modo a tentar encontrar maneiras e soluções de se aprimorar a realização de políticas de saúde, a fim de assegurar a um só momento o exercício do direito à saúde e a garantia de efetividade do princípio da dignidade da pessoa humana. Por isso, um dos objetivos deste artigo foi demonstrar o conflito jurídico do direito à saúde no federalismo brasileiro à luz de um caso concreto, qual seja, a ACO nº 3.121, buscando, desta maneira, encontrar uma solução em que os refugiados e imigrantes venezuelanos não sejam impedidos de exercerem essa garantia constitucional estipulada na Constituição Federal.

A gestão da saúde exige um sistema em que as decisões precisarão ser compartilhadas entre os entes da federação, gerando uma estrutura harmônica e equilibrada. Em nenhuma hipótese, no entanto, a falta de recurso, tradicionalmente conhecida como reserva do possível, poderá ser uma justificativa para omissão estatal na prestação dos serviços de saúde aos venezuelanos que entram pelas fronteiras brasileiras. Se o Estado de Roraima não possui recursos suficientes para prestar o serviço, a União deverá subsidiar os serviços necessários na área da saúde. Os Municípios também não poderão fugir desse compartilhamento de encargos.

O que se quer demonstrar é que a reserva do possível encontra limitação na efetivação da dignidade da pessoa humana. No caso em concreto, o Estado de Roraima e o Governo federal deverão fornecer em conjunto, nem que seja o mínimo possível, serviços de saúde, pois o exercício do direito à saúde é uma garantia constitucional fundamental assegurada a todo cidadão, independentemente de sua nacionalidade, pelo simples fato de ser um ser humano, remetendo, em alguma medida, à ideia de direito natural (direito fundamental) inerente a toda e qualquer pessoa, concretizando, assim, a máxima de que o ser humano é um fim em si mesmo.

Chega-se, portanto, à conclusão de que o possível fechamento da fronteira entre o Brasil e a Venezuela, bem como a negativa de fornecimento de serviços públicos

<sup>5</sup> Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em 16.05.2019.

de saúde aos venezuelanos, configurará uma afronta aos direitos e garantias individuais, que são protegidos por cláusula pétrea. Não obstante, a limitação do acesso aos serviços públicos, sobretudo acesso à rede pública de saúde, sob a justificativa de reserva do possível, não merece respaldo no ordenamento constitucional, pois no constitucionalismo brasileiro a reserva do possível encontrará limites na efetivação da dignidade da pessoa humana. O que se defende não é algo supérfluo, mas sim o mínimo necessário para uma existência digna, a fim de se entender o ser humano como um fim em si mesmo, e não como um meio. O Governo brasileiro, em todas as suas esferas de Administração, não poderá continuar a fechar os olhos aos imigrantes e refugiados venezuelanos que chegam ao país, e sim desenvolver políticas públicas de auxílio sob um modelo de compartilhamento de encargos entre os entes federados, que não poderão se omitir do dever de garantir a prestação de serviços de saúde, que é uma das facetas da dignidade humana.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARENDDT, Hannah. *Origens do totalitarismo – antissemitismo, imperialismo, totalitarismo*. Trad. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

ARRETCHE, Marta. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 14, nº 40, jun, 1999.

BARICHELLO, S. E; DE ARAUJO, L.E.B. *Aspectos históricos da evolução e do reconhecimento internacional do status de refugiado*. Universitas Relações Internacionais, Brasília, v. 12, nº 2, pp. 63-76, jul-dez 2014.

BRUYNE, Paul de; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc de. *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.

CAMBI, Eduardo. *Efetividade do direito à saúde pública no Brasil*. Revista dos Tribunais, vol. 954, abr, 2015.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. *Metodologia Científica: para uso dos estudantes universitários*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

DA SILVA, Cesar Augusto S. *A política brasileira para refugiados (1998-2012)*. 2013. Tese (Doutorado em Ciência Política) – UFRGS, Porto Alegre, 2013.

DOURADO, Daniel de Araujo; DALLARI, Sueli Gandolfi; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. *Federalismo sanitário brasileiro: perspectiva da regionalização no sistema único de saúde*. Revista de Direito Sanitário, vo. 12, nº 3, 2012.

FIGUEIREDO, M. F. *Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

GRADIN, Marília Gabriela Gomes de Oliveira. *Proteção jurídica dos refugiados e a nova lei de migração: deslocamento de venezuelanos para o Brasil*. Revista dos Tribunais, vol. 998, pp. 427 – 449, dez, 2018.

KULGELMAS, Eduardo; SOLA, Lourdes. *Recentralização/Descentralização dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90*. Tempo Social; Rev. Sociol. USP. São Paulo, out. 1999.

MAIA, Maurilio Casas. *O direito à saúde à luz da Constituição e do Código de Defesa do Consumidor*. Revista de Direito do Consumidor, vol. 84, pp. 197-221, out – dez, 2012.

MARTINS, Wal. *Direito à saúde – Compêndio*. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

MOLINARO, C. A; MILHORANZA, M.G. *Alcance político da jurisdição no âmbito do direito à saúde*. In: ASSIS, A. de. (Coord.). Aspectos polêmicos e atuais dos limites da jurisdição e do direito à saúde. Porto Alegre: Notadez, 2007.

NOGARA, Tiago Soares; WOBETO, Victor Leão. *Implicações da crime migratória venezuelana para as políticas brasileiras de segurança e defesa: perspectivas para o equacionamento de conflitos*. Espaço Aberto, v. 9, n. 1, 2018.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. *O direito à saúde no sistema federal brasileiro*. Revista de Direito Constitucional e Internacional, vol. 104, nov-dez, 2017.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 9ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008.

\_\_\_\_\_. *Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988*. Revista Interesse Público, v. 12, Porto Alegre, pp. 91-107, 2001.

\_\_\_\_\_. *Algumas considerações sobre o direito fundamental à saúde proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988*. Revista de Direito do Consumidor, vol. 67, pp. 125-172, jul-set, 2008.

SCLIAR, M. *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: L&PM, 1987.

SILVA, José Afonso da. *Comentário contextual à Constituição*. 2ª ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

\_\_\_\_\_. *Poder constituinte e poder popular (estudos sobre a Constituição)*. 1ª ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

SILVA, Marise Borba de; GRIGOLO, Tânia Maris. *Metodologia para Iniciação Científica à Prática da Pesquisa e da Extensão II*. Caderno Pedagógico. Florianópolis: Udesc, 2002.