ISSN:2594-6153

Direito à Saúde da Pessoa Refugiada no SUS: Acesso e Financiamento Federativo

Alessandra Feliciano da Silva, Jessica Rollo da Costa Feitosa, Renato Braz Mehanna Khamis

Universidade Santa Cecília (Unisanta), Santos-SP, Brasil

E-mail: alessandrafeliciano@gmail.com

Resumo: Objetivos: analisar a efetivação do direito à saúde de pessoas refugiadas no SUS a partir da Nota Técnica nº 8/2024-SAPS/MS e da ACO 3121/RR. Métodos: pesquisa qualitativa, bibliográfica e documental, com análise de conteúdo de normas, ato administrativo e precedente do STF. Resultados: o acesso à APS independe de documentação específica; a Nota Técnica orienta mediação cultural e registro qualificado; e a ACO 3121/RR reconheceu a responsabilidade financeira da União diante de gastos extraordinários de Roraima. Limitação: estudo documental, sem avaliação empírica da implementação local. Conclusões: a efetividade depende da execução das diretrizes e de financiamento interfederativo compatível com a demanda.

Palavras-chave: Refugiados; Direito à Saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Federalismo Sanitário.

Refugees' Right to Health in Brazil's SUS: Access and Intergovernmental Financing

Abstract: Objectives: to analyze refugees' right to health in the Unified Health System (SUS) based on Technical Note No. 8/2024-SAPS/MS and ACO 3121/RR. Methods: qualitative, bibliographic and documentary research, with content analysis of legal norms, an administrative act and an STF precedent. Results: access to Primary Health Care does not depend on specific documentation; the Technical Note guides cultural mediation and qualified registration; and ACO 3121/RR recognized the Union's financial responsibility for Roraima's extraordinary expenditures. Limitation: documentary study without empirical assessment of local implementation. Conclusions: effectiveness depends on implementation of the guidelines and intergovernmental financing compatible with demand.

Keywords: Refugees; Right to Health; Unified Health System; Primary Health Care; Health Federalism.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, assegurada mediante políticas que garantam acesso universal e igualitário [1]. No campo da mobilidade humana, a Lei nº 9.474/1997 define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951 no Brasil [2]. A Lei nº 13.445/2017 fixa, entre os princípios da política migratória, o acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais e bens públicos (art. 3º, XI), e assegura o acesso a serviços públicos de saúde e de

assistência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória (art. 4º, VIII) [3]. A Lei nº 13.684/2018 dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária [4].

A garantia jurídica, contudo, não elimina barreiras concretas de acesso. Estudos brasileiros identificam dificuldades relacionadas à documentação, compreensão do funcionamento do SUS e comunicação linguística [5]. Em resposta administrativa a essas barreiras, o Ministério da Saúde editou, em 22 de março de 2024, a Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS, com orientações de boas práticas para gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no atendimento de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas [6].

A concentração territorial de fluxos migratórios também produz efeitos financeiros assimétricos entre os entes federados. Esse problema foi examinado pelo Supremo Tribunal Federal na ACO 3121/RR, relativa aos gastos extraordinários suportados por Roraima em decorrência da imigração venezuelana [7]. O problema desta pesquisa consiste em verificar em que medida a Nota Técnica nº 8/2024 contribui para a efetivação administrativa do direito à saúde da pessoa refugiada na APS e quais limites federativos essa efetivação revela à luz da ACO 3121/RR.

Objetivos

Analisar a efetivação do direito à saúde da pessoa refugiada no SUS a partir da Nota Técnica nº 8/2024 e da ACO 3121/RR, considerando acesso administrativo e financiamento federativo.

Material e Métodos

Pesquisa qualitativa, bibliográfica e documental, de natureza jurídico-dogmática. O *corpus* compreende a Constituição Federal, as Leis nº 9.474/1997, nº 13.445/2017 e nº 13.684/2018, literatura sobre acesso de migrantes ao SUS, a Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS e as decisões da ACO 3121/RR, inclusive a homologação do acordo em 2026. As fontes foram selecionadas por pertinência direta e examinadas por análise de conteúdo, organizada em três categorias: fundamento jurídico do acesso; barreiras e respostas administrativas na APS; e financiamento federativo.

O método hermenêutico-concretizador orientou a articulação entre as normas e as circunstâncias dos documentos analisados. Como limitação, a Nota Técnica e os dados do Sisab

abrangem migrantes, refugiados e apátridas, e a ACO trata do fluxo venezuelano em sentido amplo; esses elementos contextualizam o problema, mas não medem exclusivamente a população refugiada.

Resultados

O art. 196 da Constituição assegura acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde [1]. A Lei nº 9.474/1997 disciplina a proteção jurídica da pessoa refugiada [2]; a Lei de Migração fixa o acesso igualitário e livre a serviços e bens públicos como princípio (art. 3º, XI) e garante o acesso aos serviços públicos de saúde sem discriminação por nacionalidade ou condição migratória (art. 4º, VIII) [3]; e a Lei nº 13.684/2018 prevê assistência emergencial em contexto de crise humanitária [4]. O direito de ingresso no SUS, portanto, não depende da regularidade migratória.

A Nota Técnica nº 8/2024 orienta que o cadastro, o acolhimento e o atendimento na APS ocorram sem exigência de documentação específica capaz de criar barreira de acesso. Para a confecção do Cartão SUS e demais registros, reconhece como documentos válidos passaporte, Registro Nacional Migratório, Carteira de Registro Nacional Migratório, Protocolo de Solicitação de Refúgio, Carteira de Trabalho e CPF. A ausência de comprovante de residência não justifica negativa de atendimento, pois o direito à saúde previsto no art. 196 da Constituição se sobrepõe ao princípio da territorialização da Política Nacional de Atenção Básica; quando necessário, utilizam-se os dados de endereço do estabelecimento de saúde, nos termos da Portaria GM/MS nº 2.236/2021. A Nota recomenda mediação cultural, recursos multilíngues e registro qualificado nos sistemas de informação, registra que não cabe aos profissionais de saúde denunciar pessoas em situação migratória irregular, cabendo-lhes orientar sobre a regularização, e reitera o direito de acesso das populações migrantes indígenas, como os Warao, Eñepa e Taurepang [6].

Entre 2013 e 2023, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) acumulou 512.517 cadastros de pessoas migrantes na APS. Entre os 466.154 registros classificados como estrangeiros, 30.230 estavam em Roraima, equivalentes a 52,38% dos registros da Região Norte [6]. Na ACO 3121/RR, o Tribunal Pleno do STF, por maioria, rejeitou o fechamento da fronteira e julgou parcialmente procedente o pedido financeiro, determinando que a União suportasse metade dos gastos extraordinários comprovados pelo Estado com serviços públicos prestados, entre 2016 e 2019, em razão do fluxo venezuelano [7]. A

liquidação percorreu tentativa de conciliação na Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal, sem consenso, e perícia do Tribunal de Contas da União para apurar o valor dos gastos. Em 28 de abril de 2026, por decisão monocrática do relator, foi homologado acordo de R$ 115 milhões entre União e Roraima, com recursos distribuídos entre saúde, educação, segurança pública e sistema prisional [8].

Discussão

A Nota Técnica não cria novo direito subjetivo nem altera a repartição constitucional de competências; sua relevância está em traduzir a universalidade do SUS em orientações operacionais para a porta de entrada do sistema. Ao afastar exigências documentais como condição de atendimento e recomendar estratégias de mediação cultural e comunicação multilíngue, enfrenta barreiras que também foram observadas em pesquisa empírica sobre migrantes usuários do SUS [5,6]. Sua efetividade, porém, depende de incorporação das diretrizes às rotinas locais, capacitação das equipes e disponibilidade de recursos de comunicação.

A dimensão linguística não é acessória. A incompreensão pode comprometer anamnese, adesão terapêutica, consentimento e continuidade do cuidado. A Nota Técnica, por isso, não condiciona a assistência à presença de tradutor e recomenda que os serviços articulem redes locais de mediação cultural, preservando confidencialidade e interculturalidade [6]. O documento também orienta o registro completo das informações e a identificação de demandas de saúde mental, o que amplia a capacidade de planejamento sem autorizar discriminação por situação migratória.

A ACO 3121/RR acrescenta a dimensão financeira. O STF fundamentou a repartição dos gastos extraordinários no federalismo cooperativo e na solidariedade entre os entes, reconhecendo que a concentração territorial de um fluxo migratório pode gerar ônus desproporcional ao ente de entrada [7]. O acordo homologado em 2026 resolveu a etapa de liquidação no caso concreto, mas não instituiu fórmula geral de financiamento para outros estados ou municípios [8]. A necessidade de perícia do Tribunal de Contas da União para quantificar o ônus confirma que a demonstração do impacto extraordinário é exigência concreta. Assim, o precedente sustenta a necessidade de cooperação financeira, sem dispensar essa demonstração nem substituir os mecanismos ordinários de financiamento do SUS.

Há, por fim, um limite de generalização. A categoria jurídica de refugiado não se confunde com a de migrante, e nem os dados do Sisab nem a ACO 3121/RR isolam apenas pessoas formalmente reconhecidas como refugiadas. O uso dessas fontes é pertinente para compreender barreiras de acesso e pressões territoriais associadas à mobilidade humana, mas não autoriza atribuir todos os dados observados exclusivamente à população refugiada. Essa distinção reforça a necessidade de registros administrativos qualificados e de estudos empíricos específicos.

Sob a perspectiva institucional, acesso e financiamento não são dimensões separadas: orientações federais de acolhimento podem perder eficácia quando o ente que concentra a demanda não dispõe de capacidade operacional correspondente. A cooperação interfederativa deve, portanto, combinar diretrizes nacionais, informação epidemiológica e mecanismos de apoio financeiro calibrados à intensidade territorial do fluxo, sem converter a excepcionalidade reconhecida na ACO 3121/RR em presunção automática de ressarcimento.

Conclusões

O ordenamento brasileiro assegura à pessoa refugiada acesso ao SUS sem discriminação por nacionalidade ou condição migratória, e a Nota Técnica nº 8/2024 oferece instrumentos para reduzir barreiras documentais, linguísticas e cadastrais na APS. A ACO 3121/RR demonstra que fluxos migratórios territorialmente concentrados podem exigir cooperação financeira interfederativa, embora o acordo de R$ 115 milhões, homologado em 2026 por decisão monocrática e com destinação repartida entre diferentes áreas, resolva o caso de Roraima sem instituir fórmula geral de custeio. A efetividade do direito depende, assim, da execução local das diretrizes de acesso, de registros administrativos qualificados e de coordenação financeira compatível com a distribuição real dos encargos.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951 e determina outras providências. Diário Oficial da União. 23 jul 1997.
3. Brasil. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União. 25 maio 2017.
4. Brasil. Lei nº 13.684, de 21 de junho de 2018. Dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária. Diário Oficial da União. 22 jun 2018.

5. Carneiro Junior N, Aith F, Silva RA, Wanderley DMV, Luna EJA, Shikanai-Yasuda MA. Acesso e direito à saúde para migrantes bolivianos em uma metrópole brasileira. Saude Soc. 2022;31(3):e210761pt. doi:10.1590/S0104-12902022210761pt.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS, de 22 de março de 2024: orientações sobre o acesso à saúde de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. Processo SEI nº 25000.037674/2024-76.

7. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Cível Originária nº 3.121/RR. Relatora: Min. Rosa Weber. Tribunal Pleno. Julgado, por maioria, em sessão virtual encerrada em 9 out 2020.

8. Brasil. Supremo Tribunal Federal. STF homologa acordo entre União e Roraima sobre despesas com imigração venezuelana. Brasília, DF: STF; 28 abr 2026.