



# Direito humano à saúde no processo migratório: aplicações da bioética de proteção em políticas de acolhimento

Anor Sganzerla<sup>1</sup>, Diego Carlos Zanella<sup>2</sup>, Valquiria Elita Renk<sup>1\*</sup>, Anna Silvia Penteadro Setti da Rocha<sup>3</sup> e Liliane Alves Pereira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Rua Imaculada Conceição, 1155, 80215-901, Curitiba, Paraná, Brasil. <sup>2</sup>Universidade Franciscana de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. <sup>3</sup>Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. \*Autor para correspondência. E-mail: valquiria.renk@pucpr.br

**RESUMO.** O direito aos serviços de saúde é uma das vulnerabilidades do processo migratório. Apesar de amplamente garantido por tratados internacionais, contradições entre essas diretrizes e as políticas locais revelam que o acesso à saúde para migrantes ainda enfrenta grandes desafios. Além das dificuldades estruturais e econômicas dos países receptores, problemas como preconceito, xenofobia, barreiras linguísticas e culturais agravam a situação. Neste contexto, a pesquisa busca explorar como a bioética de proteção pode contribuir para a efetivação do direito humano à saúde no acolhimento de migrantes. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de caráter crítico-analítico, baseada em fontes documentais governamentais e institucionais. O artigo aborda inicialmente o conceito de acolhimento e as políticas relacionadas, segue com os fundamentos da bioética de proteção e finaliza com sua aplicação nas políticas de saúde voltadas aos migrantes. Conclui-se que, embora o Sistema de Saúde brasileiro não exclua formalmente os migrantes, ele não consegue garantir uma assistência adequada. A bioética de proteção, nesse sentido, pode fortalecer as políticas de acolhimento ao exigir transformações sociais que promovam justiça e equidade. Ela defende políticas públicas de solidariedade, o fortalecimento da responsabilidade estatal na proteção da dignidade dos indivíduos e a mitigação das vulnerabilidades enfrentadas pelos migrantes. Assim, a bioética de proteção se apresenta como um instrumento relevante para promover um acolhimento mais inclusivo e humano.

**Palavras-chave:** bioética de proteção; direito à saúde; migração; políticas de acolhimento; vulneração.

## The Human Rights to Health in the migration process: applications of the bioethics of protection in reception policies

**ABSTRACT.** The right to health services is one of the vulnerabilities of the migratory process. Although widely guaranteed by international treaties, contradictions between these guidelines and local policies reveal that access to healthcare for migrants remains a significant challenge. In addition to the structural and economic difficulties faced by receiving countries, issues such as prejudice, xenophobia, language, and cultural barriers further exacerbate the situation. In this context, this research seeks to explore how the bioethics of protection can contribute to the realization of the human right to health in migrant reception policies. This is a bibliographic, critical-analytical study based on governmental and institutional documentary sources. The article initially discusses the concept of reception and related policies, followed by the foundations of bioethics of protection, and concludes with its application in health policies for migrants. The findings indicate that, while Brazil's healthcare system does not formally exclude migrants, it fails to provide adequate assistance. Bioethics of protection, in this sense, can strengthen reception policies by advocating for social transformations that promote justice and equity. It emphasizes public policies of solidarity, the strengthening of state responsibility in protecting individual dignity, and mitigating the vulnerabilities faced by migrants. Thus, protective bioethics emerges as a relevant tool to foster more inclusive and humane reception practices.

**Keywords:** bioethics of protection; right to health; migration; reception policies; vulnerability.

Received on February 25, 2025.

Accepted on June 3, 2025.

## Introdução

Este artigo aborda a saúde dos migrantes, especialmente nas áreas fronteiriças do Brasil. A saúde é um direito humano consagrado na Declaração Universal sobre Direitos Humanos, no artigo 25, incluindo cuidados médicos, alimentação, habitação, entre outros (Organização das Nações Unidas [ONU], 1948). Portanto, os migrantes têm o direito à saúde e os países que os acolhem devem garantir este direito. É um direito e um dever do Estado, estabelecido na Constituição Federal, no artigo 196, com a garantia do acesso universal aos serviços de saúde (Brasil, 1988).

O conceito de saúde é amplo e multifacetado, englobando diferentes perspectivas que podem variar de acordo com o contexto histórico, cultural, social e científico. O modelo biomédico entende saúde como o estado em que não há doenças ou enfermidades. Esse modelo, focado em diagnósticos e intervenções para eliminar doenças, é um conceito limitado, pois não considera aspectos psicológicos, sociais e ambientais. O entendimento de saúde como o completo bem-estar foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1946, ao propor a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, adotando uma visão holística da saúde. Huber et al. (2011) propõem saúde como a capacidade de um indivíduo se adaptar e funcionar em seu ambiente, mesmo na presença de condições crônicas ou limitações. Teorias como os ‘determinantes sociais da saúde’ (Dahlgren & Whitehead, 1991) tem uma visão sociocultural de saúde, sendo portanto influenciada por fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais. Essa abordagem enfatiza o papel das desigualdades sociais na determinação de saúde.

Os deslocamentos migratórios constituem um fenômeno social que anualmente impacta na vida de milhares de pessoas. Há diferentes motivações para o deslocamento de pessoas, que vão desde migrações por motivos econômicos, comerciais e turismo até questões de conflitos armados, desastres naturais e outras situações emergenciais que colaboram para uma crise humanitária. A violência pode forçar as pessoas a deixarem suas casas e buscar refúgio em países aparentemente mais seguros. No contexto latino-americano, o Brasil é um dos países que mais acolhem migrantes e refugiados. Entre 2010 e 2024, o fluxo migratório registrado foi de aproximadamente 2,3 milhões de pessoas, incluindo migrantes permanentes, temporários e solicitantes de refúgio (Sistema Nacional de Justiça [SENAJUS], 2024). Dados da ACNUR, Agência ONU para Refugiados, mostram que em 2023 foram feitas 58.628 solicitações da condição de refugiado, provenientes de 150 países para o Brasil. As principais nacionalidades solicitantes em 2023 foram venezuelanas (50,3%), cubanas (19,6%) e angolanas (6,7%). Em 2023, o Comitê Nacional para os Refugiados (Conare) reconheceu 77.193 pessoas como refugiadas. Os homens corresponderam a 51,7% desse total e as mulheres, a 47,6%. Além disso, 44,3% das pessoas reconhecidas como refugiadas eram crianças, adolescentes e jovens com até 18 anos de idade (UN High Commissioner for Refugees [ACNUR], 2024).

Os desafios e as vulnerabilidades dos migrantes são inúmeros, tais como o conhecimento da língua, a busca por trabalho, moradia, saúde, escola, entre outros. Os esforços dos países acolhedores parecem não ser suficientes para assegurar aos migrantes os direitos internacionalmente estabelecidos, entre eles, o direito à saúde, bem como sua dignidade. A saúde é um direito humano universal, estabelecido no artigo 25, da Declaração Universal sobre Direitos Humanos (DUDH) e cabe aos países acolhedores, garantir este direito. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) de 2005 assegura a dignidade humana e os direitos humanos. Portanto, estes documentos supranacionais buscam assegurar às pessoas em situação de vulnerabilidade, incluindo os migrantes, a justiça, a igualdade, a equidade, a solidariedade e a não discriminação. Mas, sabe-se que a vida em outro país implica em mudanças, adaptações, aprendizados, a busca por direitos, entre eles o direito ao acolhimento e à saúde.

Diante dessa realidade, esta pesquisa adota como questão norteadora: como a bioética de proteção pode contribuir para a prática das políticas de acolhimento do migrante no âmbito do direito humano à saúde? O artigo tem como objetivo investigar essa relação por meio de uma abordagem metodológica qualitativa, de caráter bibliográfico e crítico-analítico. Para isso, utiliza fontes documentais de natureza governamental e institucional, como a Lei de Migração, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) e a Política Nacional de Humanização (PNH), entre outros documentos relevantes.

Os resultados da análise são discutidos sob a perspectiva da bioética de proteção, evidenciando como essa abordagem pode embasar políticas públicas mais justas e inclusivas. O estudo destaca que o processo migratório impõe desafios significativos ao direito à saúde, expondo contradições entre normas internacionais, legislações nacionais e práticas locais, especialmente nas regiões fronteiriças do Brasil. Ao

ênfatisar o uso de fontes documentais e uma análise crítica fundamentada na bioética de proteção, o artigo busca contribuir para o desenvolvimento de políticas que promovam equidade e justiça no acolhimento de migrantes.

### **As políticas de saúde brasileiras voltadas aos migrantes**

O Brasil, devido à sua grande extensão territorial, é o país com a maior extensão de fronteiras terrestres na América do Sul, compartilhando suas fronteiras com 10 países sul-americanos, sendo eles: Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela. A extensão total das fronteiras terrestres do Brasil é de mais de 16.000 quilômetros. Essa vasta rede envolve um grande fluxo de pessoas, mercadorias e serviços, o que traz conseqüentemente importantes desafios, especialmente no que diz respeito à saúde pública, à segurança e à cooperação regional.

A atenção à saúde nas fronteiras do Brasil é uma questão que demanda vigilância epidemiológica contínua e a garantia do acesso a serviços de saúde para as comunidades locais e migrantes. A cooperação entre as esferas de governo locais, nacionais e internacionais é essencial para lidar com os desafiantes problemas que emergem nessas áreas.

As políticas de saúde direcionadas aos migrantes precisam demonstrar o compromisso do país com os direitos humanos. No Brasil, a universalidade do acesso à saúde está garantida pela Constituição Federal no artigo 196, que define a saúde como “[...] um direito de todos e um dever do Estado” (Brasil, 1988). Além disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) assegura que o acesso à saúde é universal e gratuito para todos os residentes no Brasil, incluindo migrantes e refugiados, sem considerar sua situação migratória. Em 2017, o Brasil instituiu, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo de Trabalho sobre Saúde do Estrangeiro, com a finalidade de discutir e propor estratégias e diretrizes para a organização das ações e dos serviços públicos de saúde aos imigrantes (Lei nº 13.445, 2017). O objetivo dessa política é integrar o atendimento à saúde dos migrantes ao SUS, focando em temas como doenças infecciosas, saúde materno-infantil, saúde mental e serviços de tradução nas regiões com alta concentração de migrantes. O documento ressalta a importância de ações intersetoriais e da cooperação internacional para assegurar a proteção da saúde da população migrante, além de sugerir a capacitação de profissionais de saúde para atender a diversidade cultural. A Portaria Interministerial nº 9, de 14 de março de 2018, estabelece normas para a assistência a migrantes e refugiados no Brasil, garantindo o acesso a serviços de saúde sem discriminação e orienta o atendimento de populações em situação de vulnerabilidade, que podem enfrentar barreiras linguísticas, culturais e burocráticas no acesso aos serviços de saúde. A Operação Acolhida (Brasil, 2023), que teve início em 2018, é uma iniciativa humanitária do governo brasileiro destinada a enfrentar o fluxo de refugiados e migrantes venezuelanos na região de fronteira, principalmente no estado de Roraima, devido à proximidade geográfica. Essa operação é realizada em colaboração com organizações internacionais para refugiados como o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), da ONU, que inclui a disponibilização de abrigo, processos de interiorização e assistência à saúde, atendimentos médicos de emergência, vacinação, apoio psicossocial e serviços específicos para saúde materno-infantil.

Em razão do elevado número de migrantes nas fronteiras, o Ministério da Saúde do Brasil adotou medidas específicas para vigilância epidemiológica e vacinação, visando prevenir a propagação de doenças infecciosas como sarampo, febre amarela e malária. Os migrantes que chegam ao Brasil por vias terrestres frequentemente participam de campanhas de vacinação em massa e são submetidos a triagens de saúde. Um exemplo disso ocorreu em 2018, quando o Brasil lidou com um surto de sarampo na região de Roraima, relacionado ao fluxo migratório vindo da Venezuela, levando à realização de campanhas de vacinação voltadas tanto para os migrantes quanto para a população local (Brasil, 2022).

A saúde mental também deve ser uma prioridade nas políticas de saúde voltadas para migrantes, dado que muitos enfrentam traumas relacionados à migração forçada, perdas familiares, violência e dificuldades de adaptação em um novo país. Em áreas de fronteira como os estados de Roraima e Amazonas, onde a crise venezuelana teve maior impacto, equipes de saúde mental têm sido mobilizadas para apoiar os migrantes em parceria com organizações internacionais. O acompanhamento e tratamento da saúde mental de migrantes e refugiados é indispensável, dado a importância do suporte terapêutico e clínico para indivíduos acometidos por profundo sofrimento mental. Contudo, é igualmente essencial que as ações direcionadas a essa questão ultrapassem o âmbito do tratamento individual e psicológico, devendo ser promovidas iniciativas coletivas e a criação de políticas públicas efetivas que assegurem melhores condições de vida a esses sujeitos, favoreçam

sua integração profissional e comunitária, estimulem a formação de vínculos sociais e possibilitem a preservação e valorização de suas raízes culturais e identitárias (Sousa Bezerra & Jarochinski Silva, 2021).

Sobre o acesso aos serviços de saúde em regiões de fronteiras, este é muitas vezes limitado, principalmente em regiões rurais. As dificuldades em atrair e manter profissionais de saúde, que muitas vezes preferem trabalhar em áreas urbanas com melhores infraestruturas e condições de trabalho é uma realidade encontrada. A limitação de serviços especializados nessas regiões, como cirurgias, tratamentos oncológicos, saúde mental e cuidados materno-infantis de alta complexidade, são praticamente inexistentes, sendo necessário o deslocamento dos pacientes para centros urbanos, o que aumenta os custos, além de um tempo maior de espera. As condições de saúde nessas áreas são agravadas pela presença de atividades ilegais, como o garimpo (podendo causar contaminação por mercúrio), tráfico de pessoas, de drogas, de medicamentos, gerando riscos à saúde e impactando diretamente as populações, agravando a desigualdade nestas regiões, onde as populações urbanas têm mais oportunidades de cuidados do que as populações rurais e indígenas, resultando em indicadores de saúde piores nessas áreas, como maiores taxas de mortalidade, prevalência de doenças infecciosas e desnutrição. Doenças endêmicas como malária, leishmaniose, dengue e febre amarela aparecem com maior frequência devido à falta de infraestrutura de saneamento básico e a exposição a condições ambientais adversas, como a proliferação de mosquitos, que agravam as condições de saúde (Almeida et al., 2020).

Os marcadores incidentes sobre a Faixa de Fronteira Terrestre (FFT) mostram que o arco Norte é o mais elevado quando observamos a Taxa Geométrica de Crescimento Anual (TGCA) da população entre 2010 e 2022 (1,50% a.a.). Nesse período, absorveu mais de 40% do total do incremento populacional da FFT, sendo o município de Pacaraima, em Roraima, transfronteiriço com Santa Elena de Uairén, na Venezuela, que exibe o maior número. Outros municípios que se destacam com TGCA superior a 2% a.a. são: Santa Rosa do Purus, no Acre, transfronteiriço com Puerto Esperanza, no Peru; Oiapoque, no Amapá, transfronteiriço com São Jorge do Oiapoque, na Guiana Francesa; Assis Brasil, no Acre, transfronteiriço com Bolpebra, na Bolívia, e com Iñapari, no Peru; Tabatinga, no Amazonas, transfronteiriço com Leticia, na Colômbia, e Ilha de Santa Rosa, no Peru; Bonfim, em Roraima, transfronteiriço com Lethem, na Guiana; e São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas, que mantém relações transfronteiriças com Yavaraté, na Colômbia, e com San Carlos de Río Negro, na Venezuela (Nota Técnica nº 8, 2024).

## O conceito de acolhimento

O Relatório Mundial sobre migrações de 2024 (Organização Internacional para as Migrações [OIM], 2024), registra que há 281 milhões de pessoas em processo de migração no mundo. As migrações são processos tensos que envolvem mudança de vida, de cultura, de abandonos, de perdas e de reinserção em novos contextos. Embora os migrantes possam até causar para algumas pessoas perturbação, medo, incômodo e insegurança com relação aos empregos, serviços sociais, de saúde e bem-estar, Bauman (2017) analisa que a sua situação de vulnerabilidade precisa de acolhimento e de respeito. Uma saída seria a solidariedade e o reconhecimento da humanidade dos migrantes.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010a), a palavra acolhimento pode ser entendida como o “[...] ato ou efeito de acolher, estar com, estar perto, [...] uma atitude de inclusão”. Mais do que isso, para a Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento em saúde implica em uma postura ética, estética e política do agente público com relação ao usuário do Sistema de Saúde. A postura ética é ouvir, acolher o outro em suas diferenças; a postura estética refere-se à construção de estratégias de dignificação da vida; e a postura política o compromisso coletivo do acolhimento e da potencialização da vida. Assim sendo, o acolhimento envolve compromisso de cuidar, acolher e estar na vida.

No processo de migração as pessoas carregam consigo também seu universo cultural, religioso, sua língua materna, e quando passam a interagir com outros grupos étnicos, ou nas situações de crise, as diferenças se tornam mais visíveis (Poutignat & Streiff-Fenart, 2011; Cunha, 2017). Nos contextos migratórios e nas interações interétnicas, a cultura torna-se mais explícita, contrastiva e a resistência cultural é realizada na medida do possível, mas a cultura ‘original’ sofre mudanças em contextos de migrações (Cuche, 2012).

Os migrantes são pessoas que estão em situação de vulnerabilidade pois existem muitas ‘faltas’ em suas vidas, que precisam ser sanadas no país acolhedor, como a falta de documentação, falta de acesso à saúde, as dificuldades com a língua, entre outras (Rocha et al., 2020). Nem sempre são acolhidos com hospitalidade, pois dada suas condições sociais, econômicas e culturais, são vistos como estranhos e até inimigos que causam medo. Portanto,

acolher o migrante é ter o dever de hospitalidade, cuja principal característica é o direito de ser bem-vindo, enquanto a negação da hospitalidade tira do migrante a sua dignidade (Derrida, 2003; Welten, 2015).

Bauman (2017), ao discutir a situação das pessoas em contexto de migrações, afirma que elas nos causam medo, rejeição, são excluídas ao invés de acolhidas e que são como estranhos que batem à nossa porta. Para ele, as sociedades dos países acolhedores ficam 'atrás da porta', por temerem que estas pessoas desenraizadas possam querer entrar na nossa vida e no nosso mundo e para isso constroem barreiras físicas ou virtuais e políticas para impedir o migrante de entrar. Mas, quando ele consegue entrar, precisa lutar para ter os seus direitos assegurados, o que pode agravar a sua situação de vulnerabilidade.

A Declaração Universal sobre Direitos Humanos (DUDH), de 1948, assegura ao migrante o direito a migrar, não ser discriminado, à liberdade, à saúde, ao bem-estar, a fazer parte de uma comunidade e ter sua dignidade assegurada. Em consonância com este documento, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), de 2005, assegura em seu artigo 10 a Igualdade, Justiça e Equidade: a igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos deve ser respeitada de modo que todos sejam tratados de forma justa e equitativa. Seu artigo 11 trata da Não-Discriminação e Não-Estigmatização: nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais.

Em consonância com os documentos supranacionais dos quais o Brasil é signatário, em 2017, foi publicada a Lei da Migração, Lei nº 13.455/2017, que garante ao migrante igualdade de condições com os nacionais, assim como a proteção à sua vida e dignidade (Lei nº 13.445, 2017).

## Políticas de acolhimento

As boas práticas relacionadas ao acolhimento em saúde perpassam três esferas distintas e inter-relacionadas entre si, conforme se indica na Figura 1:



**Figura 1.** Esferas de acolhimento.  
Fonte: Autoria própria.

O cuidado em saúde fundamenta-se no olhar para os determinantes sociais de saúde, ou seja, cuidar de um migrante deve considerar a moradia, a alimentação, o acesso a condições básicas para sobrevivência livre de xenofobia ou preconceitos de toda ordem.

Ferreira e Detoni (2021), ao explanar sobre a situação dos migrantes haitianos, recordam que é preciso dispensar um cuidado que desnaturalize as chamadas patologias de importação, ou seja, uma visão reducionista que associa os migrantes a determinadas doenças supostamente trazidas de seus países de origem, reforçando estigmas e preconceitos, e que eduque os profissionais de saúde para um cuidado integral, que priorize a dimensão essencial das relações humanas.

Assim, o cuidado não tem o foco centrado na doença, mas na pessoa. Contudo, para que esse cuidado seja efetivo é necessário acolher o migrante a partir do que diz o texto sobre acolhimento nas práticas de produção de saúde: é preciso alargar o conceito de acolhimento, é preciso construir alianças éticas com produção de saúde e o compromisso singular com os sujeitos, os usuários e os profissionais de saúde (Brasil, 2010b). Sob esse prisma, o cuidado não se centra na doença, mas na saúde.

Isso significa que para o exercício do cuidado em saúde é preciso estar perto, estar com a pessoa e fazer com que suas dores, alegrias, sofrimentos e superações sejam acolhidas. O acolhimento como uma postura e prática nas ações em saúde e na gestão promove a construção de relações saudáveis e confiáveis

comprometendo-se com os usuários contribuindo para a promoção da cultura e da solidariedade (Neves & Rollo, 2006). Conforme indicam os autores, o cuidado perpassa o acolhimento e o acolhimento pressupõe a pertença, a inserção.

A pertença, como a segunda esfera do acolhimento, situa-se na capacidade dos profissionais de saúde combaterem o isolamento social desses migrantes, desenvolver nessa população a inclusão e a inserção social e à medida que os vínculos de confiança vão se fortalecendo eles vão se sentindo parte do território e consequentemente pertencentes àquela comunidade de saúde (Brasil, 2010a; Rocha et al., 2020).

Resgatar o sentido de pertença pode ser fundamental para o atendimento realizado. Isso porque ao colocar um e outro mais próximos mesmo uma experiência 'efêmera' até algo mais complexo, quando dada a devida atenção, são eles capazes de despertar no outro esse sentimento de pertencimento, e isso coloca o acolhimento na vanguarda de uma relação bilateral (Dantas et al. 2021).

Castles et al. (2003) recorda que há uma movimentação de nível comportamental e de valores em que os refugiados necessitam passar. Contudo, essa passagem também precisa ser feita pela comunidade que os acolhe, uma vez que, algumas diferenças culturais serão preservadas e outras devem ser incorporadas. Fortalecer o respeito às identidades contribui para o nível de pertença de cidadãos, pois permite o diálogo entre as partes já que, o pertencimento serve para promover a cidadania com responsabilidade compartilhada em que cada cidadão ocupa seu lugar social e a partir dele contribui no desenvolvimento da comunidade (Silva Correia, 2024).

Assim, o migrante saberá avaliar o serviço de saúde e todas as suas interfaces, sem se sentir intimidado. Pois, muitas vezes os migrantes só buscam os serviços de saúde em casos graves e até com risco à vida, pois têm medo de serem expulsos do país. Ao terem sua saúde restabelecida não se sentem encorajados a realizar uma avaliação do serviço prestado, uma vez que, ele não conhece o Sistema Único de Saúde (Santana et al., 2014).

A resolutividade é a terceira esfera do acolhimento. Não é possível que o acolhimento se restrinja a sala de espera de um estabelecimento de saúde, é necessário que ele transponha e compreenda a necessidade do usuário até que ele acesse os serviços da Rede. Para Ferreira e Detoni (2021), o Sistema de Saúde do Brasil não exclui os migrantes, mas revela suas deficiências no oferecimento de uma saúde adequada.

Os mesmos autores citam uma experiência no Rio de Janeiro que, na Secretaria Estadual de Saúde em parceria com a Cáritas por meio do Programa de Atendimento a Refugiados e Solicitantes de Refúgio, atende a milhares de estrangeiros, ao mesmo tempo em que, capacita os profissionais de saúde nos pontos de acolhimento. Ao passo que o itinerário do paciente é feito pelo Sistema de regulação (SISREG) (Ferreira & Detoni, 2021), contudo, não é suficientemente resolutivo no cuidado ao migrante.

O caminho trilhado por um migrante para que seu cuidado em saúde tenha um desfecho exitoso passa pela Atenção Primária em Saúde (APS). Pois, assim diz a Nota Técnica nº 8/2024:

A APS é a principal porta de entrada do SUS e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) orientada pelos princípios da universalidade, do chegar-se com acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (Nota Técnica nº 8, 2024).

Isso significa que a "APS funciona como um filtro capaz de organizar os fluxos dos serviços nas Redes de Saúde" (Nota Técnica nº 8, 2024, p. 2).

Mais uma vez, é perceptível que o desenho da Rede para os cuidados em saúde é bem claro, desde a acessibilidade na Atenção Primária em Saúde (APS) até a alta complexidade se assim se fizer necessário. Todavia, esses nós da Rede precisam estar interconectados e bem definidos para que quando o migrante acessar, encontre espaços para si e para os seus.

Assim, o cuidado, a pertença e a resolutividade são interfaces do acolhimento em saúde. Uma vez que, a inserção do migrante na Rede de cuidados interprofissional precisa de uma escuta qualificada, conhecer o lugar em que esse migrante ocupa socialmente e a partir desse conhecimento criar laços de confiança e pertença, livres de preconceitos e xenofobias, mas plenos de pertencimento, empoderamento e cidadania para que ele tenha seu problema resolvido porque ele sabe que pode voltar ao serviço de saúde sempre que necessário.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde da população, pressupõe-se que todas as pessoas que procuram os serviços deverão ser acolhidas por profissionais da equipe técnica, e quando não for possível prestar o atendimento completo naquela unidade, é preciso orientá-las a buscar outros serviços da Rede de Saúde para a continuidade da assistência estabelecendo articulações com esses serviços com o intuito de garantir a eficácia dos encaminhamentos (Brasil, 2010a).

A contrarreferência, que são os encaminhamentos acima mencionados, faz parte do sistema de integração tecnológico e logístico do Sistema Único de Saúde, que possibilita o cuidado integral às pessoas, obtendo assim a continuidade do cuidado (Oliveira, et al., 2021). Deste modo, a contrarreferência é um encaminhamento que a pessoa recebe para que ela possa acessar um serviço de saúde que lhe for solicitado. O sistema é como uma Rede que articula todos os serviços de Saúde entre si e possibilita que a pessoa possa acessar cada serviço conforme sua necessidade específica. Portanto, a contrarreferência é um sistema resolutivo por permitir à pessoa circular nos diferentes nós da Rede de Saúde para que ali ela encontre o serviço que possibilitará devolver-lhe a saúde. Contudo, todo esse percurso deve ser acolhido com boas práticas, respeito, cuidado e pertencimento, pois uma postura acolhedora implica estar atento e deixar-se imbuir às diversidades cultural, racial e étnica (Brasil, 2010a).

### Bioética de proteção

A bioética, como campo interdisciplinar, lida com dilemas morais emergentes das ciências da vida, medicina e políticas de saúde. Embora a abordagem tradicional se concentre nos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, conhecidos como Princípioalismo ou a “[...] bioética ‘made in USA’ [...]” (Pessini & Barchifontaine, 1998, p. 81, grifo do autor), há uma necessidade crescente de abordar contextos nos quais esses princípios se revelam insuficientes ou inaplicáveis. Nesse cenário, a Bioética da Proteção emerge como uma abordagem ética voltada especificamente para os vulnerados, isto é, aqueles em situação de vulneração e desamparo, especialmente em contextos de saúde pública e justiça social, nos quais a desproteção é profunda e exige uma resposta ética fundamentada na equidade e proteção (Schramm & Kottow, 2001).

A Bioética da Proteção, proposta pelos bioeticistas latino-americanos Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow, procura responder a situações nas quais os indivíduos ou grupos foram afetados de forma significativa, estando desprovidos das condições mínimas para cuidar de si mesmos e exercer plenamente sua autonomia (Zanella & Guilhem, 2023). Segundo Schramm, enquanto todos os seres humanos são vulneráveis em algum momento de suas vidas devido à mortalidade e fragilidade inerentes à condição humana, a Bioética da Proteção não se dirige ao universo amplo da vulnerabilidade, mas sim aos ‘vulnerados’: aqueles que, por fatores de carência social, econômica e estrutural, encontram-se em situações que os impedem de exercer uma vida digna e autônoma (Schramm, 2008). Estes são indivíduos e grupos que carecem de recursos materiais e cognitivos como pessoas vivendo em extrema pobreza, populações marginalizadas e vítimas de violência sem suporte.

A emergência dessa abordagem bioética está enraizada na necessidade de oferecer uma resposta ética a situações em que os princípios da bioética tradicional são insuficientes (Schramm & Kottow, 2001). No contexto latino-americano, marcado por desigualdades e vulnerações profundas, a Bioética da Proteção se desenvolve como resposta às limitações do modelo principialista. Esse modelo, ainda que útil na relação médico-paciente em contextos clínicos, apresenta limitações quando aplicado a sociedades com disparidades extremas entre os que possuem condições materiais para exercer sua autonomia e os que vivem sem acesso aos direitos e recursos básicos (Possamai & Siqueira-Batista, 2022). Assim, a Bioética da Proteção propõe uma abordagem ética que reconhece a assimetria entre cidadãos e oferece um instrumento normativo para amparar aqueles em situação de vulneração, complementando e adaptando os princípios tradicionais ao contexto de desigualdade social, em que a proteção se torna fundamental para uma ética inclusiva (Schramm, 2011).

Essa abordagem bioética envolve três dimensões interconectadas: a dimensão descritiva, que analisa e descreve detalhadamente as situações de vulneração através de uma investigação interdisciplinar; a dimensão normativa, que estabelece diretrizes éticas orientando a ação em relação aos vulnerados; e a dimensão protetora, que implementa medidas concretas, oferecendo proteção e suporte a esses indivíduos. Essas três dimensões formam um arcabouço que busca ir além da teoria, contribuindo efetivamente para o amparo e empoderamento das populações vulneradas e promovendo uma justiça que valoriza e protege aqueles em maior situação de risco social (Schramm, 2003).

Um dos aspectos fundamentais na Bioética da Proteção é a distinção entre proteção e paternalismo. Ao contrário do paternalismo, que impõe decisões sem considerar a vontade dos indivíduos, a Bioética da Proteção respeita a capacidade de escolha dos vulnerados, oferecendo suporte de modo a permitir que aceitem ou recusem as ajudas oferecidas. Esse respeito pela agência dos indivíduos, ainda que limitados em sua autonomia, é um dos pilares éticos dessa bioética. A medida protetora, portanto, não é uma imposição, mas

sim um amparo que possibilita a dignidade da escolha e o reconhecimento das condições de vulneração extremas, como ocorre, por exemplo, com pessoas em situação de rua que podem ou não aceitar auxílio habitacional sem que suas decisões sejam julgadas (Schramm, 2008).

A Bioética da Proteção envolve também uma relação intrínseca com a política. As ações protetoras muitas vezes exigem políticas públicas, legislação adequada e mobilização de recursos estatais e sociais para garantir que indivíduos e grupos vulnerados recebam o apoio necessário. Schramm argumenta que, embora ética e política sejam distintas, suas interações são inevitáveis, especialmente na implementação de medidas que afetam o bem-estar de populações vulneradas (Schramm, 2011). Assim, a bioética não deve se isolar do contexto político, mas atuar em conjunto com ele para promover mudanças estruturais que possibilitem uma proteção efetiva e duradoura. Esta interação entre ética e política ressalta que a Bioética da Proteção visa não apenas a reflexão teórica, mas a transformação da realidade social para atingir um ideal de justiça e equidade (Pontes & Schramm, 2004).

Aplicada à saúde pública, a Bioética da Proteção implica o desenvolvimento de políticas que garantam acesso equitativo aos serviços de saúde para populações marginalizadas. Em contextos de justiça social, essa abordagem busca reduzir as desigualdades sociais e econômicas, abordando as causas estruturais da vulneração e promovendo uma justiça que vai além da distribuição igualitária de recursos, focando na proteção dos mais desamparados. Nos direitos humanos, a Bioética da Proteção defende os direitos fundamentais de indivíduos e grupos vulnerados, assegurando que sejam respeitados e protegidos como parte de um compromisso ético-social (Schramm & Kottow, 2001).

## **A bioética da proteção aplicada às políticas de saúde e de acolhimento de migrantes**

No contexto das políticas de acolhimento, especialmente em relação ao direito humano à saúde e à migração, a Bioética da Proteção orienta-se pelo princípio de que o acesso a condições de vida dignas e seguras é um direito fundamental. Políticas de acolhimento que atendem ao preceito da Bioética da Proteção devem garantir que os migrantes, particularmente aqueles em situação de refúgio, tenham acesso a cuidados de saúde, moradia e segurança alimentar. Isso significa criar ambientes de acolhimento que priorizem a dignidade e autonomia dos indivíduos, sem que suas necessidades sejam tratadas de forma paternalista. Esse modelo implica que as políticas públicas sejam desenhadas de modo a permitir que os migrantes e vulnerados decidam sobre as ajudas que desejam receber, respeitando sua autonomia e contribuindo para seu empoderamento. A implementação dessas políticas demanda recursos e uma visão de solidariedade, reafirmando a responsabilidade dos Estados em proteger e amparar aqueles que se encontram em situação de desamparo (Schramm & Kottow, 2001).

O desenvolvimento e a implementação da Bioética da Proteção, contudo, enfrentam desafios substanciais. Esses incluem o reconhecimento das necessidades específicas dos vulnerados, a garantia de que as ações protetoras não se transformem em imposições paternalistas, a mobilização de recursos necessários e a promoção de colaboração interdisciplinar para enfrentar as desigualdades estruturais. Futuramente, a Bioética da Proteção pode ampliar seu alcance ao considerar novos contextos de vulneração, como as mudanças climáticas, migrações forçadas e os avanços tecnológicos que intensificam a exclusão social. A ética, portanto, deve acompanhar essas transformações sociais e tecnológicas, adaptando-se para responder adequadamente aos dilemas contemporâneos (Pontes & Schramm, 2004; Possamai & Siqueira-Batista, 2022).

A Bioética da Proteção representa, portanto, uma evolução necessária na forma como são abordados os conflitos éticos em sociedades com profundas desigualdades. Ao focar nos vulnerados, oferece um quadro ético que busca compreender e agir para mitigar as condições de vulneração, promovendo a dignidade humana e uma justiça que é ao mesmo tempo reflexiva, normativa e prática. Assim, essa abordagem convoca a repensar o papel da bioética, ampliando seu escopo para incluir a proteção daqueles que, por diversas razões, não podem exercer plenamente sua autonomia. Ao integrar reflexão ética, análise social e ação política, a Bioética da Proteção oferece um caminho sólido para enfrentar injustiças e promover uma sociedade mais inclusiva e solidária.

A bioética da proteção, com sua ênfase na promoção da justiça e equidade para grupos vulnerados, oferece uma abordagem essencial para fortalecer as políticas e práticas de acolhimento. Ela se conecta diretamente aos três elementos centrais do acolhimento: cuidado, resolutividade e pertença, proporcionando uma base ética sólida para ações que valorizem a dignidade humana e promovam a inclusão social.

O cuidado, nesse contexto, ultrapassa a atenção às necessidades imediatas, envolvendo o respeito à individualidade e à história de cada pessoa. A bioética da proteção destaca a importância de um cuidado

sensível às vulnerabilidades específicas dos migrantes, como barreiras linguísticas, culturais e emocionais. Assim, propõe práticas humanizadas e equitativas que considerem os determinantes sociais de saúde e promovam o bem-estar integral.

A resolutividade refere-se à capacidade de oferecer respostas eficazes às demandas dos migrantes, garantindo acesso integral aos direitos, como saúde e educação. A bioética da proteção preocupa-se com a legitimidade moral das práticas e a sincronia dos serviços de saúde, promovendo mudanças estruturais e assegurando que os sistemas sejam resolutivos para populações em situação de vulnerabilidade.

A pertença, por sua vez, envolve a integração do migrante como membro pleno da sociedade receptora. Nesse aspecto, a interculturalidade desempenha um papel crucial ao valorizar as diferentes culturas e construir vínculos de confiança entre profissionais de saúde e usuários. Essa integração requer um diálogo claro, capaz de evitar práticas paternalistas e respeitar a autonomia dos indivíduos.

As políticas de saúde, frente à diversidade cultural e impulsionadas pelos fluxos migratórios internacionais, exigem respostas mais sensíveis e integradas por parte do SUS. Nesse contexto, a capacitação intercultural de profissionais de saúde torna-se uma medida necessária para garantir um atendimento ético, humanizado e eficaz à população migrante. O desenvolvimento de ações de educação permanente e continuada, especialmente voltadas às equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), contribui para ampliar a sensibilidade às especificidades socioculturais desses grupos, promovendo práticas de cuidado livres de xenofobia e preconceito (Nota Técnica nº 8, 2024).

Outro aspecto importante a ser considerado como componente estratégico na área de saúde é o acolhimento linguístico. Ele pode ser operacionalizado por meio da disponibilização de recursos multilíngues, como materiais informativos impressos ou digitais, traduzidos nos idiomas mais falados pelas populações migrantes da região. Esses recursos facilitam a comunicação sobre o funcionamento dos serviços da APS e sobre os direitos de acesso ao SUS. Além disso, o uso de aplicativos de tradução e ferramentas digitais multilíngues pode ser adotado por profissionais da saúde, incluindo Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No entanto, embora úteis, essas tecnologias apresentam limitações importantes, pois não conseguem captar os aspectos simbólicos e culturais da linguagem. Por isso, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias locais de mediação cultural, que contemplem a presença de intérpretes ou mediadores interculturais capacitados (Nota Técnica nº 8, 2024).

Também merece destaque na formação intercultural o conhecimento sobre a legislação vigente. A Lei nº 13.445/2017, conhecida como Lei de Migração, garante o direito de acesso aos serviços públicos de saúde, independentemente da situação migratória do indivíduo. A capacitação dos profissionais sobre esse marco legal assegura para a população a universalidade do cuidado, evitando práticas discriminatórias no atendimento à saúde (Portaria nº 3.565, 2017).

Deve-se também reconhecer a importância da participação ativa dos migrantes nas decisões que envolvem políticas e serviços públicos. Migrantes devem ser vistos como sujeitos de direitos, com voz ativa na construção de soluções que afetam suas vidas. Para tanto, é necessário criar mecanismos participativos permanentes, como conselhos, comissões ou grupos consultivos, compostos também por representantes das comunidades migrantes. Esses espaços devem ter caráter deliberativo e/ou consultivo e contar com apoio institucional contínuo. Experiências exitosas já ocorrem nas cidades de São Paulo, Boa Vista e Porto Alegre, onde conselhos municipais de migrantes foram instituídos, permitindo o diálogo direto entre essas comunidades e o poder público (Brasil, 2018).

Nesse sentido, a bioética da proteção pode propor caminhos para a justiça social e a equidade, de modo a promover o acolhimento como uma experiência digna, humana e participativa. Dessa forma, a bioética de proteção pode fomentar o diálogo interprofissional e a comunicação efetiva, garantindo que o migrante seja plenamente integrado às redes de saúde, com resultados éticos, resolutivos e inclusivos.

## Considerações finais

A análise apresentada neste artigo destaca a relevância da bioética da proteção como uma abordagem essencial para enfrentar os desafios impostos pelas migrações contemporâneas, especialmente no campo da saúde e das políticas de acolhimento. A migração, marcada por contextos de vulnerabilidade e adversidades, evidencia a necessidade de políticas públicas fundamentadas na justiça social, equidade e no respeito à dignidade humana.

A bioética da proteção oferece um arcabouço teórico e prático para superar limitações estruturais e desigualdades que afetam migrantes, principalmente nas regiões de fronteira. Sua aplicação prática reforça

as esferas centrais do acolhimento – cuidado, resolutividade e pertença – promovendo práticas humanizadas que não apenas atendem às necessidades imediatas dos migrantes, mas também favorecem sua integração plena na sociedade receptora.

O cuidado ético, sob a ótica da bioética da proteção, exige uma abordagem sensível às especificidades dos migrantes, respeitando suas culturas, histórias e direitos. A resolutividade demanda que os serviços de saúde sejam acessíveis e efetivos, conectados por redes interprofissionais que garantam a continuidade do cuidado. A pertença, por sua vez, implica na construção de espaços inclusivos e solidários, em que os migrantes se sintam valorizados e parte integrante da comunidade.

Contudo, os desafios permanecem. Barreiras linguísticas, culturais e estruturais ainda dificultam a garantia plena dos direitos dos migrantes. Para avançar, é essencial que políticas públicas estejam alinhadas aos princípios da bioética da proteção, integrando esforços intersetoriais e internacionais. Portanto, este estudo reforça que a bioética da proteção não é apenas um instrumento teórico, mas uma ferramenta prática capaz de transformar realidades, promovendo acolhimento digno e justiça social para as populações migrantes em situação de vulnerabilidade.

## Referências

- Almeida, L. S., Cota, A. L. S., & Rodrigues, D. F. (2020). Saneamento, arboviroses e determinantes ambientais: impactos na saúde urbana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(10), 3857-3868. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.30712018>
- Bauman, A. (2017). *Estranhos à nossa porta*. Jorge Zahar.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010a). *Acolhimento nas práticas de produção da saúde* (2a. ed.). [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010b). *Acolhimento nas práticas de produção da saúde* (2a. ed.). [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)
- Brasil. (2018). *Política nacional de migrações e refúgio – diretrizes preliminares para discussão pública*. MJSP. <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/migracoes/politica-nacional-de-migracoes-refugio-e-apatridia-1>
- Brasil. (2022). *Departamento de imunização e doenças transmissíveis. Plano de ação: estratégia de vacinação nas fronteiras: agenda 2022*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2023). *Operação acolhida*. <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/operacao-acolhida>
- Castles, S., Korac, M., Vasta, E., & Vertovec, S. (2003). *Integration: Mapping the field*. Home Office Online Report 29/03. Home Office.
- Cunha, M.C. (2017). *Cultura com aspás: e outros ensaios*. Ubu Editora.
- Cuche, D. (2012). *A noção de cultura nas ciências sociais*. EDUSC.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies.
- Dantas, S. D., Zaia, M., Souza, M. M., Ferreira, L., & Bartsch, J. (2021). A pandemia dos outros: acolhimento psicossocial intercultural como desintoxicação narrativa e ressignificação existencial. *TRAVESSIA - Revista do Migrante*, 34(91), 117-132. <https://doi.org/10.48213/travessia.i91.993>
- Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. (2017). Institui a Lei de Migração. Brasília, DF. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm)
- Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS. (2024). Orientações e diretrizes de boas práticas para gestores e profissionais de saúde sobre o acesso à saúde de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) em todos os territórios brasileiros. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-8-2024.pdf/view>
- Derrida, J. (2003). *Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da hospitalidade*. Escuta.

- Ferreira, D. G. D. S., & Detoni, P. P. (2021). Saúde e migrações no Sul do Brasil: demandas e perspectivas na educação em saúde. *Physis*, 31(4), e310405. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310405>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health?. *BMJ*, 1(343), d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Neves, C. A. B., & Rollo, A. (2006). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília, DF.
- Oliveira, C. C. R. B., Silva, E. A. L., & Souza, M. K. B. D. (2021). Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(1), e310105. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>
- Organização Mundial da Saúde. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. WHO.
- Organização Internacional para as Migrações. (2024). *Relatório Mundial sobre Migração 2024*. <https://worldmigrationreport.iom.int/msite/wmr-2024-interactive/?lang=ES>
- Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.
- Portaria nº 3.565, de 22 de dezembro de 2017. (2017). Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo de Trabalho sobre Saúde do Estrangeiro. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3565\\_27\\_12\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3565_27_12_2017.html)
- Portaria Interministerial Nº 9, de 14 de março de 2018. (2018). Dispõe sobre a concessão de autorização de residência ao imigrante que esteja em território brasileiro e seja nacional de país fronteiriço, onde não esteja em vigor o Acordo de Residência para Nacionais dos Estados Partes do MERCOSUL e países associados, a fim atender a interesses da política migratória nacional. <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/portarias/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%C2%BA%209,%20DE%2014%20DE%20MAR%C3%87O%20DE%202018.pdf>
- Poutignat, P., & Streiff-Fenart, J. (2011). *As teorias da etnicidade*. UNESP.
- Pessini, L., & Barchifontaine, C. P. (1998). Bioética: do principialismo à busca de uma perspectiva latino-americana. In S. I. F. Costa, V. Garrafa, & G. Oselka (Orgs.), *Iniciação à bioética* (pp. 81-98). Conselho Federal de Medicina.
- Pontes, C. A. A., & Schramm, F. R. (2004). Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1319-1327. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500026>
- Possamai, V. R., & Siqueira-Batista, R. (2022). Bioética da proteção de Schramm e Kottow: princípios, alcances e conversações. *Revista Bioética*, 30(1), 10-18. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301501PT>
- Rocha, A. S. P. S., Cunha, T. R., Guiotoku, S., & Moysés, S. T. (2020). Acesso de migrantes haitianos à saúde pública: uma questão bioética. *Revista Bioética*, 28(2), 384-389, 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282400>
- Santana, M. A., Silva, F. R., Oliveira, R. L., & Souza, L. M. (2014). Acesso dos migrantes aos serviços de saúde: desafios e perspectivas no contexto do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, 48(3), 456-462.
- Schramm, F. R. (2003). A bioética da proteção em saúde pública. In P. A. C. Fortes, & E. L. C. P. Zoboli (Orgs.), *Bioética e saúde pública* (p. 71-84). Loyola.
- Schramm, F. R. (2008). Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Revista Bioética*, 16(1), 11-23.
- Schramm, F. R. (2011). A bioética de proteção é pertinente e legítima? *Revista Bioética*, 19(3), 713-724.
- Schramm, F. R., & Kottow, M. (2001) Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 949-956.
- Silva Correia, P. S. (2024). Mediação intercultural uma ação de diálogo, empoderamento e de democracia. *Quaderns d'animació i educació social*, 1(39), 1-37.
- Sistema Nacional de Justiça. (2024). *Migração no Brasil* (Boletim Informativo No 4). Ministério da Justiça e Segurança Pública -MJSP. [https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/secretaria-nacional-de-justica-senajus/boletim-da-migracao-no-brasil\\_10102024\\_versao-agosto-final-10-out-2024-1.pdf](https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/secretaria-nacional-de-justica-senajus/boletim-da-migracao-no-brasil_10102024_versao-agosto-final-10-out-2024-1.pdf)

- Sousa Bezerra, I. C., & Jarochinski Silva, J. C. (2021). Saúde mental e migração em Roraima: considerações sobre um fenômeno crescente. *Textos E Debates*, 27(1), 160-189. <https://doi.org/10.18227/2317-1448ted.v27i01.7813>
- UN High Commissioner for Refugees. (2024, junho 13). *Global Trends report 2023* [Annual report]. ACNUR. <https://www.unhcr.org/publications/global-trends-2023>
- Welten, R. B. J. M. (2015). Hospitality and its ambivalences: on Zygmunt Bauman. *Hospitality and Society*, 5(1), 7-21. [https://doi.org/10.1386/hosp.5.1.7\\_1](https://doi.org/10.1386/hosp.5.1.7_1)
- Zanella, D. C., & Guilhem, D. B. (2023). *História da bioética no Brasil*. PUCPress.