

Mobilidade humana e saúde global

Deisy Ventura



resumo

O artigo propõe uma reflexão crítica sobre o crescimento da interface entre mobilidade humana e saúde global. Sustenta que a globalização econômica não propiciou a plena liberdade de circulação internacional das pessoas. Demonstra que a ampla maioria dos deslocados forçados dirige-se aos países em vias de desenvolvimento, que também têm acolhido cerca da metade do contingente de migrantes internacionais. Aponta que a resposta europeia ao aumento do fluxo de migrantes e refugiados ocorrido nos últimos anos e a recente epidemia de ebola na África Ocidental causaram o incremento da securitização da temática da mobilidade humana. Por fim, o artigo propõe a retomada da centralidade do Regulamento Sanitário Internacional como a melhor forma de garantir o direito de migrar durante as crises sanitárias de alcance global.

Palavras-chave: saúde global; mobilidade humana; migrações internacionais; refúgio; Regulamento Sanitário Internacional.

abstract

This article proposes a critical reflection on the increasing interaction of human mobility with global health. The idea that economic globalization did not bring forth a really full and free international movement of people is supported by this analysis, as well as the fact that most displaced people go to developing countries, which have already sheltered in their territories nearly half of all international migrants. The European response to the intense inflow of migrants and refugees over the last years and the recent Ebola epidemic in Western Africa are considered to be reasons for an increasing securitization of issues concerning human mobility. Finally, this article suggests that the centrality of the International Health Regulations should be resumed as the best way to guarantee the right to migration during worldwide health crises.

Keywords: *global health; human mobility; international migration; refuge; International Health Regulations.*

Surgida nos anos 1990, a expressão “saúde global” mobiliza um diversificado leque de atores, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial, a Fundação Bill e Melinda Gates, os Estados, a indústria farmacêutica, as universidades e as mais diversas organizações não governamentais, hoje munidos de recursos financeiros e tecnológicos sem precedentes (Biehl & Petryna, 2014). Embora haja consenso sobre a existência de uma responsabilidade coletiva da comunidade internacional diante das crises sanitárias, é profunda a diversidade entre os interesses políticos e econômicos desses atores (Biehl & Petryna, 2013). Em geral, suas agendas estão associadas à cooperação internacional para o desenvolvimento por meio de programas de prevenção e combate a doenças específicas. Estudos críticos consideram poucos os resultados obtidos no que tange à melhora efetiva da saúde das populações visadas por essas iniciativas (Biehl & Petryna, 2013; Dujardin & Kerouedan, 2014; Kerouedan, 2015).

No campo da saúde global, a saúde dos migrantes tem sido, até hoje, um tema negligenciado (Horton, 2015). Em 2008, uma resolução da Assembleia Mundial da Saúde determinou que a OMS atribuísse maior importância à saúde dos migrantes no âmbito da ação sanitária internacional (OMS, 2008). Nessa seara, o tema que mereceu maior atenção da OMS foi a migração internacio-

nal dos profissionais de saúde, pelos impactos negativos que ela produz sobre os sistemas de saúde dos países mais pobres. Um código de ética para o recrutamento internacional do pessoal de saúde foi adotado no âmbito da OMS em 2010 (OMS, 2010), mas essa migração continua crescendo em padrões cada vez mais complexos, causando a penúria de profissionais de saúde em ao menos 57 países, principalmente da África (Siyam & Dal Poz, 2014).

Por outro lado, a agenda internacional dedicada à mobilidade humana raramente inclui o setor da saúde (Zimmerman et al., 2011; Carballo & Mboup, 2005). Seus protagonistas são os Estados, especialmente do mundo desenvolvido, além de instituições internacionais como o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (Acnur), a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Em geral, a expressão *mobilidade humana* abarca as *migrações internacionais*, compreendidas como a saída voluntária de uma pessoa (migrante) do território do seu Estado de origem, sendo sua motivação complexa e diversa, e os deslocamentos forçados, em especial o *refúgio*, que corresponde ao ingresso de uma pessoa (refugiado) em território distinto do seu Estado de origem. No entanto, as categorias clássicas dos estudos sobre migrações, tais como refugiados, mulheres e crianças isoladas, mi-

DEISY VENTURA é professora associada do Instituto de Relações Internacionais e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

grantes econômicos, elites, etc., encontram-se hoje prejudicadas, pois muitas pessoas pertencem a mais de uma categoria ao mesmo tempo ou ao longo de sua vida (Wenden, 2015; Mezzadra, 2015). Do mesmo modo, as tradicionais diferenças entre país de acolhida, partida ou trânsito tornaram-se menos claras, eis que alguns países hoje pertencem simultaneamente a mais de uma categoria.

O presente artigo propõe uma reflexão crítica sobre o crescimento da interface entre mobilidade humana e saúde global. Baseado em documentos e na literatura especializada, sustenta que a globalização econômica não propiciou a plena liberdade de circulação internacional das pessoas, e que a ampla maioria dos refugiados dirige-se aos países em vias de desenvolvimento, que também têm acolhido cerca da metade do contingente de migrantes internacionais. A seguir, explora dois fenômenos que têm contribuído para que a mobilidade humana seja cada vez mais apresentada como “crise” ou “problema”, no sentido pejorativo desses termos: a resposta europeia ao aumento do fluxo de migrantes e refugiados ocorrido nos últimos anos, e a epidemia de ebola na África Ocidental (2014-2015). Por fim, o artigo propõe a retomada da centralidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da OMS (Brasil, 2009) como melhor forma de enfrentar as crises sanitárias de alcance global, pois sua implementação consagra o multilateralismo, pautado pelo interesse das populações e não de um Estado específico, e exige o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde.

CARACTERÍSTICAS ATUAIS DA MOBILIDADE HUMANA

A liberdade de circulação internacional de pessoas, considerada como uma das principais características da globalização econômica, é exercida de modo assimétrico no mundo contemporâneo. Cerca de 1,1 bilhão de turistas realizam viagens internacionais a cada ano (UNWTO, 2015), enquanto mais de dois terços da população do planeta permanecem absolutamente sedentários por falta de recursos materiais ou de rede de contatos que permita seu deslocamento (Wenden, 2015).

Quando se trata da radicação em um país para fins de residência temporária ou definitiva,

há atualmente um direito de saída praticamente generalizado, enquanto o direito de entrada é raramente reconhecido. Sendo a política migratória uma prerrogativa da soberania nacional, os Estados podem restringir tanto o ingresso de “estrangeiros” em seu território como os direitos dos que já nele se encontram. Um dos tratados internacionais de direitos humanos com menor adesão é o referente aos direitos dos migrantes. Até hoje, apenas 48 Estados, e entre eles nenhum país desenvolvido, aceitaram a Convenção das Nações Unidas sobre a proteção dos direitos dos trabalhadores migrantes e de suas famílias, adotada em 1990 (ONU/ACNUDH, s/d).

As dificuldades de acesso a direitos, porém, não têm causado a diminuição dos fluxos migratórios. Em 2013, o número de migrantes internacionais foi estimado em 232 milhões de pessoas ou 3,2% da população mundial, não havendo alterações significativas desse percentual desde 1995 (ONU, 2013). Estima-se que 130 milhões de pessoas tenham partido do sul ao norte e de um país a outro do norte, e 110 milhões do norte ao sul e de um país a outro do sul (Wenden, 2013). As políticas migratórias restritivas predominam nos países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, em geral, não há restrição de ingresso, mas a ausência de políticas migratórias produz efeitos equivalentes aos das políticas restritivas. A facilidade de cruzar fronteiras porosas é sucedida por uma grande dificuldade de obter a regularização migratória. A situação migratória irregular torna a pessoa mais suscetível à precarização das condições de trabalho, aumentando o risco de degradação de sua saúde, dificultando assim a inclusão social e econômica dos migrantes, como ocorre, por exemplo, nos Brics (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul).

Nos últimos quatro anos, a persistência ou o agravamento de conflitos armados causou o aumento vertiginoso dos deslocamentos forçados. No ano de 2014, havia no mundo 59,5 milhões de deslocados forçados, em sua maioria em decorrência de conflitos armados, entre eles 19,5 milhões de refugiados, 38,2 milhões de deslocados internos e 1,8 milhão de solicitantes de refúgio, tendo a apatridia – a ausência ou perda de vínculo de nacionalidade com um Estado – afetado pelo menos 10 milhões de pessoas (UNHCR, 2015). Elas deveriam beneficiar-se tanto do direito dos

refugiados como do direito humanitário. Até hoje 145 Estados, inclusive do mundo desenvolvido, ratificaram a Convenção das Nações Unidas sobre o estatuto dos refugiados, mas ela tem sido sistematicamente violada, principalmente pelos Estados europeus (ONU/ACNUDH, s/d). Já as Convenções de Genebra de 1949, que constituem a base do direito humanitário, foram subscritas por 196 Estados, mas encontram limites materiais significativos em sua implementação.

A Síria gerou o maior número tanto de deslocados internos (7,6 milhões) quanto de refugiados (3,88 milhões), seguida por Afeganistão (2,59 milhões de refugiados) e Somália (1,1 milhão de refugiados). Os países e regiões em desenvolvimento acolhem 86% dos refugiados. Entre eles, Turquia, Paquistão e Líbano abrigam atualmente 30% dos refugiados do mundo, seguidos por Irã, Etiópia, Jordânia e Quênia. Em julho de 2015, a Turquia acolhia 1,8 milhão de refugiados sírios, enquanto 1,1 milhão encontrava-se no Líbano (UNHCR, 2015).

Já na Europa, ao longo dos seis primeiros meses de 2015, 137 mil pessoas teriam desembarcado nas costas espanholas, gregas, italianas e maltesas, o que corresponderia a 83% a mais do que os 75 mil chegados no primeiro semestre de 2014 (OCDE, 2015). Esses dados demonstram que o atual fluxo de migrantes e refugiados em direção à Europa, embora ascendente, tem merecido uma repercussão política desproporcional à dimensão global do fenômeno, gerando a falsa ideia de que o “problema” da migração e do refúgio concerne principalmente ao mundo desenvolvido.

MIGRANTES E REFUGIADOS COMO AMEAÇA OU RISCO

Estende-se ao mundo a percepção europeia de que a migração e o refúgio são fontes de temores e “problemas”, justificando a inclusão preferencial do tema da mobilidade humana nas agendas de segurança nacional e internacional (Moulin, 2011). As políticas voltadas à contenção dos fluxos migratórios são frequentemente incompatíveis com a promoção da saúde dos migrantes e refugiados.

No campo da saúde há igualmente o enfoque da mobilidade humana como “ameaça” ou “risco”

que deve ser administrado globalmente (Gushulak, Weekers & Macpherson, 2009). Essa ideia encontra-se na própria origem da expressão *saúde global* (Kerouedan, 2015). Priorizando a proteção da saúde da população do país de acolhida diante do possível contágio por doenças específicas trazidas por um “estrangeiro” (Gushulak & MacPherson, 2006; Ingleby, 2009), esse enfoque pode justificar a exclusão do migrante ou refugiado (Ingleby, 2009). Originado nas quarentenas medievais, em geral desenvolve-se no campo da segurança sanitária, implementada especialmente por meio do controle de doenças transmissíveis, tais como a tuberculose e a gripe (Zimmerman et al., 2011), e retoma sua força cada vez que uma crise sanitária alcança repercussão global. Por exemplo, “graças ao ebola, a segurança da saúde global é hoje uma prioridade” (Horton, 2015).

Há outros dois paradigmas importantes (Ingleby, 2009). O enfoque da *saúde pública* é mais neutro, buscando o aumento do nível geral de saúde das populações para qualificar a força de trabalho e reduzir as despesas públicas do setor. Já o enfoque dos *direitos humanos* preconiza o direito à saúde para todos, inclusive os migrantes em situação irregular. Não somente os movimentos sociais construíram a causa dos imigrantes como uma luta por direitos (Fassin, 2009), mas também instituições como a OMS, a OIM e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH) filiam-se a esse enfoque. Sob esse prisma, restringir o direito dos migrantes aumenta sua vulnerabilidade e cria ou amplifica iniquidades relacionadas à saúde, enquanto reconhecer esses direitos facilita a integração, previne custos sociais e sanitários a longo prazo, e contribui para o desenvolvimento econômico e social do país de acolhida (OMS, ACNUDH, OIM, 2013). A vulnerabilidade dos migrantes e refugiados deve então ser analisada sob dois ângulos: primeiro, pelas características individuais da pessoa ou de seu grupo (como gênero, idade, deficiências, níveis de segurança e educação); segundo, por causas estruturais básicas, como condições de trabalho e vida, nível de proteção jurídica e situação migratória no país de acolhida, exposição a crimes e a conflitos, barreiras linguísticas e culturais, nível de proteção durante o processo de migração e eventual detenção (OMS, ACNUDH, OIM, 2013).

DECLÍNIO DA SAÚDE DO MIGRANTE NA EUROPA: ENTRE SECURITIZAÇÃO E AUSTERIDADE

Os fluxos migratórios chegados ao território europeu são complexos e diversos. Um dos raros consensos existentes na literatura especializada é o de que as desigualdades sociais estão vinculadas à iniquidade no acesso à saúde (Cognet et al., 2012; Sargent & Larchanché, 2011). A literatura especializada refere uma certa vantagem dos migrantes sobre os nacionais, causada pelo fato de que, em geral, são os migrantes em boa saúde que conseguem migrar (*healthy migrant effect*), além de uma distorção dos indicadores de mortalidade de migrantes devido ao retorno daqueles que desejam morrer em seu país de origem (*salmon bias effect*) (Jusot et al., 2009). No entanto, estudos mais recentes constataam uma deterioração da saúde dos migrantes e refugiados nos anos que se seguem à sua chegada aos países de imigração (Cognet et al., 2012; Jusot et al., 2009). Na limitada medida em que as informações são disponíveis e as generalizações são possíveis, considera-se que os migrantes e refugiados que se encontram em território europeu são em princípio mais vulneráveis às doenças transmissíveis, às doenças profissionais e aos problemas de saúde mental, em geral causados por más condições de vida e trabalho (ONU, 2013), ao isolamento ou à exclusão social por barreiras diversas, entre elas o idioma (Rechel et al., 2011), além de traumas relacionados à travessia ou à causa do deslocamento, por exemplo, a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero no país de origem (Alessi et al., 2015).

O aumento do fluxo de pessoas em direção à Europa evidencia a urgência da adoção ou incremento de políticas específicas de proteção à saúde de migrantes e refugiados, mas elas são dificultadas pelas políticas de austeridade e pela securitização do tema das migrações.

A crise econômica mundial que teve início em 2008 fez com que os países europeus buscassem a redução de seus déficits públicos, submetendo o setor da saúde e outros relacionados à proteção social a restrições orçamentárias significativas ou a amplos processos de reforma (Van Gool & Pearson, 2014). Estudos recentes estabeleceram o nexo de causalidade entre as políticas de austeridade e o aumento

dos indicadores de problemas de saúde mental e de desigualdade social (Barr et al., 2015). Em Portugal, por exemplo, os cortes no orçamento da saúde têm dificultado o acesso a medicamentos, tratamentos e meios complementares de diagnóstico, em especial na periferia da capital portuguesa, onde vive a maioria dos migrantes (Padilla, 2013). Na Espanha, desde 2012 os migrantes em situação irregular foram privados do acesso gratuito ao sistema de saúde (Roulan, 2015; Bosch et al., 2014). Vale notar que Espanha e Portugal, quando do auge de sua prosperidade econômica, foram referências europeias em matéria de políticas em prol da saúde do migrante (Padilla, 2013; Roulan, 2015). Na França, na Inglaterra e na Suíça, as restrições ao acesso à saúde das pessoas em situação migratória irregular são crescentes, sob os argumentos de que os migrantes “abusam” dos sistemas de saúde por meio de fraudes, e de que o acesso à saúde constitui uma das motivações da migração, ambos já desmentidos por estudos específicos (Alaoui & Nacu, 2010). A estigmatização dos “estrangeiros” tem justificado a restrição de seus direitos (Fassin, 2009) num processo que Sandro Mezzadra (2015) definiu como “ilegalização dos migrantes”.

No âmbito da União Europeia, o foco do debate tem sido a possibilidade de “punição” dos Estados que “falham” na contenção dos fluxos migratórios, assim como o fortalecimento da Agência Europeia de Gestão da Cooperação Operacional nas Fronteiras Externas (Frontex). Assim, a despeito das políticas de austeridade, os países europeus investem cada vez mais no controle de fronteiras, que compreende investimentos em centros de detenção, armas e pessoal de segurança, além da construção de muros em diversos países, ampliando o processo de securitização das migrações que tem se desenvolvido na Europa nas últimas décadas (Velasco, 2013). Recentemente, os orçamentos de segurança e defesa em diversos países receberam dotações adicionais em resposta aos atentados cometidos contra a população civil em Paris, em 13 de novembro de 2015. Um estudo recente aponta o amálgama entre a “potencialidade terrorista” representada pelo “estrangeiro” e a imagem dos migrantes (Wermuth & Godoy, 2015). Contudo, o investimento em segurança parece fadado ao fracasso, pois as causas da migração massiva só tendem a crescer, principalmente os conflitos ar-

cados, a escassez de recursos, os danos ao ecossistema e o colapso econômico (Horton, 2015).

Em 23 e 24 de novembro de 2015, em Roma, a OMS organizou uma reunião de altos representantes dos Estados da região europeia, africana e do Mediterrâneo oriental, além de instituições como a Comissão Europeia, o Acnur, a OIM e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), com o intuito de definir uma compreensão comum sobre a saúde de refugiados e migrantes, a fim de subsidiar um plano de ação a longo prazo, a ser adotado em 2016. A OMS alertou as autoridades europeias para os riscos trazidos pela chegada do inverno, especialmente de gripe, infecções respiratórias e hipotermia, considerando que grandes contingentes de pessoas passarão a noite ao relento ou em abrigos sem aquecimento (WHO, s/d). Uma declaração conjunta da OMS, do Acnur e do Unicef afirma que os refugiados e solicitantes de refúgio devem beneficiar-se de um acesso equitativo e não discriminatório à saúde, especialmente da vacinação, independentemente de sua situação migratória (WHO, UNHCR, Unicef, 2015). Sustenta ainda que os sistemas de saúde dos países europeus de acolhida são bem equipados para diagnosticar e tratar doenças, e que em virtude do RSI todos os países devem dispor de sistemas eficazes de vigilância e notificação.

CENTRALIDADE DO RSI NA INTERFACE ENTRE MOBILIDADE HUMANA E SAÚDE GLOBAL

Em 8 de agosto de 2014, a OMS declarou que a epidemia de ebola na África Ocidental constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), ou seja, um evento extraordinário que constitui um risco para a saúde pública para outros Estados devido à propagação internacional de qualquer agravo que possa representar um dano significativo para seres humanos (Brasil, 2009). O ebola foi a terceira ESPII declarada pela OMS, após a gripe A(H1N1), declarada em 25 de abril de 2009, e a seguir reconhecida como uma pandemia, em 11 de junho de 2009, e o poliovírus selvagem, declarado em 5 de maio de 2014. Em virtude do artigo 2º do RSI, a propagação internacional de doenças deve ser controlada de maneira proporcional e restrita aos riscos para a saúde pública, evi-

tando interferências desnecessárias no tráfego e no comércio internacionais.

No caso do ebola, a OMS recomendou expressamente que o tráfego de pessoas provenientes das zonas afetadas não fosse restrito (OMS, 2014) a fim de evitar prejuízos ao fluxo de profissionais de saúde e de ajuda internacional e a estigmatização das pessoas oriundas dos Estados mais atingidos pela epidemia. No entanto, supostamente por temerem a migração em massa oriunda da África Ocidental (Koser, 2015), países como Austrália e Canadá, que foram importantes atores da negociação do RSI, modificaram sua legislação migratória durante a crise, impedindo a entrada em seu território de quem tivesse passado pela região (Koser, 2015; Austrália, 2014; Canadá, 2014) sem justificativa científica ou sanitária plausível (Fidler, 2015). Porém, uma análise histórica das crises sanitárias atesta que elas não são, em princípio, causadoras de migrações em grande escala, e que é praticamente impossível atribuir um deslocamento populacional a uma só causa, por exemplo, uma epidemia (Koser, 2015). No Brasil, a repercussão dessa crise gerou a estigmatização de migrantes negros, ainda que não oriundos da África Ocidental. Instituições como a Polícia Federal e a Receita Federal ameaçaram fazer greve diante dos supostos riscos de contaminação no atendimento de migrantes nos postos de fronteira do Acre, onde existe um fluxo intenso de migrantes haitianos.

A implementação completa do RSI na África Ocidental teria sido uma garantia muito mais eficaz contra a migração massiva do que as restrições à mobilidade humana adotadas pelos Estados (Heymann, 2015). O Regulamento é hoje a única norma internacional capaz de coibir decisões injustificadas de fechar fronteiras e de deter ou expulsar migrantes que fugiram de crises sanitárias. O desgaste político sofrido pela OMS, especialmente por sua resposta deficitária diante do ebola (*The Lancet*, 2014), tem contribuído para que o RSI não mereça a devida atenção na agenda da saúde global. Mas provavelmente a maior dificuldade de priorizar a implantação do RSI é que ele pressupõe um debate sobre a repartição do poder, com grande repercussão econômica, política e sanitária (Lima & Costa, 2015).

Para que o RSI possa ser eficaz, é indispensável o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde. Desde a sua entrada em vigor, em 15 de junho de 2007,

os 196 Estados partes são obrigados a comunicar em tempo hábil à OMS as informações exatas e detalhadas sobre a existência de qualquer evento que possa corresponder à definição de ESPII. Para honrar essa obrigação, os Estados comprometeram-se a desenvolver capacidades nacionais que implicam a existência de um sistema de vigilância sanitária e epidemiológica eficiente. Entretanto, em novembro de 2014, apenas 64 Estados declararam à OMS que as normas mínimas concernentes às capacidades nacionais haviam sido respeitadas (OMS, 2015). A recente epidemia de ebola revelou a precariedade dos sistemas de saúde dos países mais atingidos pela epidemia (Guiné, Libéria e Serra Leoa), mas também a absoluta ausência de estratégias multilaterais ou de financiamento para que os Estados mais pobres pudessem implementar o RSI (Fidler, 2015). Mais do que omissão, estudos recentes indicam o papel decisivo do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial na decadência dos sistemas de saúde da África Ocidental, por meio de políticas de ajuste estrutural que ocasionaram a demissão ou a redução de salários do pessoal de saúde (Kentikelenis et al., 2015; Wallace et al., 2015).

Com o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, os Estados seriam menos dependentes dos programas globais direcionados ao combate de doenças específicas. Por conseguinte, a abordagem internacional da saúde do migrante e do refugiado está relacionada aos embates que estão em jogo na formulação de políticas migratórias nacionais e regionais, mas igualmente aos que existem no próprio campo da saúde global. Segundo Marcos Cueto (2015), desde os primórdios da cooperação internacional sanitária dois enfoques estão em disputa: o primeiro tem como foco o uso de tecnologias modernas para o controle de doenças, a captação de recursos dos doadores privados e o vínculo entre a saúde pública e o crescimento econômico, enquanto o segundo, em geral chamado de enfoque social da saúde global, prioriza a redução das desigualdades entre Estados e dentro dos Estados. O desafio da mobilidade humana evidencia os limites da primeira abordagem e convoca a comunidade acadêmica a desenvolver com urgência, no âmbito da segunda, uma agenda de pesquisa crítica sobre a mobilidade humana e a saúde global.

BIBLIOGRAFIA

- ALAOUI, M. H.; NACU, A. "Soigner les Étrangers en Situation Irrégulière", in *Hommes & Migrations*, 1.284(2), 2010, pp. 163-73.
- ALESSI, E. J. et al. "'The Darkest Times of my Life': Recollections of Child Abuse Among Forced Migrants Persecuted Because of Their Sexual Orientation and Gender Identity", in *Child Abuse & Neglect*, v. 51, 2016, pp. 93-105.
- AUSTRÁLIA. Department of Immigration and Border Protection. PCF2014/525. Visa Framework - Policy - Ebola Virus Disease (EVD) visa arrangements - Affected countries. 2014.
- BARR, B. et al. "Trends in Mental Health Inequalities in England During a Period of Recession, Austerity and Welfare Reform 2004 to 2013", in *Social Science & Medicine*, 147, 2015, pp. 324-31.
- BIEHL, J.; PETRYNA, A. "Critical Global Health", in J. Biehl & A. Petryna (orgs.). *When People Come First*. Princeton, Princeton University Press, 2013. pp. 2-20.
- _____. "Peopling Global Health", in *Saúde e Sociedade*, 23(2), 2014, pp. 376-89.
- BOSCH, X. et al. "The Painful Effects of the Financial Crisis on Spanish Health Care", in *International Journal of Health Services*, 44, 2014, pp. 25-51.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Sanitário Internacional. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009. Brasília, Anvisa, 2009.
- CANADÁ. *Gazette du Canada*. Partie I, v. 148, n. 8, édition spéciale. Ottawa, 31/10/2014.

- CARBALLO, M.; MBOUP, M. *International Migration and Health*. Paper. Global Commission on International Migration (GCIM), 2005.
- COGNET, M. et al. "Expériences de la Santé et du Soins en Migration: entre Inégalités et Discriminations", in *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 28(2), 2012, pp. 7-10.
- CUETO, M. *Saúde Global: Uma Breve História*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2015.
- DUJARDIN, B.; KEROUEDAN, D. "Pourquoi les Nations Unies échouent en matière de santé", in *Visionscarto*, 27 novembre 2014. Disponible em: <http://visionscarto.net/pourquoi-les-nations-unies>.
- FASSIN, D. "Le Droit d'Avoir des Droits", in *Hommes et Migrations*, 1.282, 2009, pp. 20-3.
- FIDLER D. "The Ebola Outbreak and the Future of Global Health Security", in *The Lancet*, 385(9980), 2015, pp. 1.884-901.
- GUSHULAK, B. D.; MACPHERSON, D. W. "The Basic Principles of Migration Health: Population Mobility and Gaps in Disease Prevalence", in *Emerging Themes in Epidemiology*, 3(1), 2006, p. 3.
- GUSHULAK, B.; WEEKERS, J.; MACPHERSON, D. "Migrants and Emerging Public Health Issues in a Globalized World: Threats, Risks and Challenges, an Evidence-Based Framework", in *Emerging Health Threats Journal*, 2, 2009, p. 10.
- HEYMANN, D. "The True Scope of Health Security", in *The Lancet*, 385(9980), 2015, pp. 1.884-901.
- HORTON, R. "Offline: What the War Against ISIL Means for Health", in *The Lancet*, 386(10009), 2015, p. 2.126.
- HORTON, R.; DAS, P. "Global Health Security Now", in *The Lancet*, 385(9980), 2015, pp. 1.805-6.
- INGLEBY, D. "La Santé des Migrants et des Minorités Ethniques en Europe", in *Hommes et Migrations*, 1.282, 2009, pp. 136-50.
- JUSOT, F. et al. "Inégalités de Santé Liées à l'Immigration en France. Effet des Conditions de Vie ou Sélection à la Migration?", in *Revue Économique*, 60(2), 2009, pp. 385-411.
- KENTIKELIS, A. et al. "The International Monetary Fund and the Ebola Outbreak", in *The Lancet Global Health*, 3(2), 2015, pp. e69-e70.
- KEROUEDAN, D. "Les Bonnes Pratiques de la Global Health. Améliorer la Santé ou Bien Gérer l'Argent?", in A. Klein et al. (orgs.). *Les Bonnes Pratiques des Organisations Internationales*. Paris, Presses de Sciences Po, 2015, pp. 97-112.
- KOSER, K. "International Migration and Global Health Security: Five Lessons from the Ebola Crisis", in *The Lancet*, 385(9980), 2015, pp. 1.884-901.
- LIMA, Y.; COSTA, E. "Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) no Ordenamento Jurídico-Administrativo Brasileiro", in *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(6), 2015, pp. 1.773-83.
- MEZZADRA, S. "Multiplicação das Fronteiras e das Práticas de Mobilidade", in *REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 23(44), 2015, pp. 11-30.
- MOULIN, C. "Eppur si Muove: Mobilidade Humana, Cidadania e Globalização", in *Contexto Internacional*, 33(1), 2011, pp. 9-17.
- OCDE – The Organisation for Economic Co-operation and Development. *International Migration Outlook 2015*. Paris, OCDE, 2015.
- OMS. A68/22 Add.1 Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation. Report by the Director-General. Geneva, 27/3/2015.
- OMS, ACNUDH, OIM. *International Migration, Health and Human Rights*. Geneva, OIM, 2013.

- OMS. Health of Migrants. Sixty-first World Health Assembly. WHA61.17. 2008.
- OMS. Statement on the 1st Meeting of the IHR Emergency Committee on the 2014 - Ebola Outbreak in West Africa, 2014.
- OMS. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly. WHA63.16. 2010.
- ONU. Department of Economic and Social Affairs Population Division Technical Paper n. 2013/6. Global Migration: Demographic Aspects and Its Relevance for Development. Nova York, ONU, 2013.
- ONU/ACNUDH. Human Rights Treaties – Ratifications, Reservations and declarations. Disponível em: <https://treaties.un.org>.
- PADILLA, B. “Saúde dos Imigrantes: Multidimensionalidade, Desigualdades e Acessibilidade em Portugal”, in *REMHU – Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, v. 21, n. 40, 2013, pp. 49-68.
- RECHEL, B. et al. “Migration and Health in the European Union: an Introduction”, in Rechel et al. (orgs.). *Migration and Health in the European Union*. Nova York, McGraw Hill, 2011, pp. 3-16.
- ROULAN B. “La Santé des Migrants Internationaux dans la Province d’Almería: Indicateur de Différenciations et d’Inégalités”, in *(Géo)politique et Santé*, 26(2), 2015.
- SARGENT, C.; LARCHANCHÉ, S. “Transnational Migration and Global Health: The Production and Management of Risk, Illness and Acces to Care”, in *Annual Review Anthropology*, 40, 2011, pp. 345-61.
- SIYAM, A.; DAL POZ, M. *Migration of Health Workers: the WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis*. Genebra, OMS, 2014.
- THE LANCET. “Ebola: a Failure of International Collective Action”, in *The Lancet*, 384 (9944), 2014, p. 637.
- UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees. *Global Trends – Forced Displacement in 2014*. Geneva, UNHCR, 2015.
- UNWTO – World Tourism Organization. *Annual Report 2014*. Madri, World Tourism Organization, 2015.
- VAN GOOL, K.; PEARSON, M. “Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD Countries”, in *OECD Health Working Papers*, n. 76, 2014.
- VELASCO, S. *Imigração na União Europeia: uma Leitura Crítica a Partir do Nexo entre Securitização, Cidadania e Identidade Transnacional*. Campina Grande, EDUEPB, 2013.
- WALLACE, R. G. et al. “Did Neoliberalizing West African Forests Produce a New Niche for Ebola?”, in *International Journal of Health Services*, 2015.
- WENDEN, C. W. de. *Faut-il Ouvrir les Frontières?*. Genebra, Caritas, 2015.
- _____. *La Question Migratoire au XXIe siècle: Migrants, Réfugiés et Relations Internationales*. Paris, Presses de Sciences Po, 2013.
- WERMUTH, M.; GODOY, G. “O Controle Penal dos Fluxos Migratórios e a Mixofobia na União Europeia”, in *Cadernos de Direito Actual*, 3, 2015, pp. 29-51.
- WHO. The Challenges of Migration Require Migrant-Sensitive Health Systems for Today and for the Future. Statement by Dr Zsuzsanna Jakab, WHO Regional Director for Europe. Disponível em: <http://www.euro.who.int>.
- WHO; UNHCR; UNICEF. “Joint Technical Guidance: General Principles of Vaccination of Refugees, Asylum-Seekers and Migrants in the WHO European Region”. Roma, 23 de novembro de 2015.
- ZIMMERMAN, C. et al. “Migration and Health: a Framework for 21st Century Policy-Making”, in *Plos Medicine*, 8(5), 2011, e10001034.