



UFRR

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E FRONTEIRAS**

MARINETE NUNES OLIVEIRA

**CONFLUÊNCIAS ENTRE SAÚDE E MIGRAÇÕES VENEZUELANAS EM
RORAIMA**

**Boa Vista
2021**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E FRONTEIRAS**

**CONFLUÊNCIAS ENTRE SAÚDE E MIGRAÇÕES VENEZUELANAS EM
RORAIMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Sociedade e Fronteiras, Área de Concentração: Sociedade e Fronteiras na Amazônia e Linha de Pesquisa: Fronteiras e Processos Socioculturais.

Orientadora: Professora Doutora Márcia Maria de Oliveira

**Boa Vista, RR
2021**

**CONFLUÊNCIAS ENTRE SAÚDE E MIGRAÇÕES VENEZUELANAS EM
RORAIMA**

MARINETE NUNES OLIVEIRA

Dissertação apresentada como pré-requisito para conclusão do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras da Universidade Federal de Roraima. Área de Concentração: Sociedade e Fronteiras na Amazônia e Linha de Pesquisa: Fronteiras e Processos Socioculturais. Defendida em 25 de junho de 2021

Banca Examinadora:


Prof.^a Dr.^a **Márcia Maria de Oliveira**
Orientadora/PPGSOF/UFRR


Prof.^a Dr.^a **Eliane Silvia Costa**
Membro Externo/UFRR


Prof.^a Dr.^a **Maria das Graças Santos Dias**
Membro Interno/PPGSOF/UFRR

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

O48c Oliveira, Marinete Nunes.
Confluências entre saúde e migrações venezuelanas em Roraima / Marinete Nunes Oliveira. – Boa Vista, 2021.
100 f. : il.

Orientadora: Prof. Dra. Márcia Maria de Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima,
Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras.

1 – Migração Venezuelana. 2 – Financiamento da Saúde. 3 – Sistema Único de Saúde. 4 – Roraima. I – Título. II – Oliveira, Márcia Maria de (orientadora).

CDU – 614:325.14(811.4)

Ficha Catalográfica elaborada pela Bibliotecária/Documentalista:
Shirdoill Batalha de Souza - CRB-11/573 - AM

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, e a todos(as) que lutam em defesa do SUS e dos migrantes.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela oportunidade de conhecer pessoas brilhantes ao longo desse processo da pesquisa científica e por ter me conduzido até aqui, ainda com as inseguranças, me deu a serenidade necessária para vencer e superar os desafios a mim confiados.

Dessa forma, agradeço a minha família, em especial minha mãe, minha rainha, ao qual, sempre a tenho como referência em minha vida, com ela aprendi os verdadeiros valores da vida. Às minhas filhas, Anne e Amanda que sempre me motivam a prosseguir em meus estudos, e sempre me incentivaram com palavras de encorajamento, e sugerindo para dar prosseguimento nas pesquisas.

Aos Meus irmãos Otávio, Osmar, Marilene e Ana Cláudia que sempre me encorajam e confiaram na minha capacidade, a minha cunhada Rita pelos seus relatos sobre o SUS. Ao meu esposo César Dornelles, pela paciência e apoio com as ferramentas digitais. Jamais poderia deixar de agradecer à Universidade Federal de Roraima por me possibilitar o acesso à pós-graduação, por meio da política de ações afirmativas. A minha orientadora da segunda fase da pesquisa, professora doutora Márcia Maria de Oliveira, pela orientação coerente, necessária e oportuna, além da paciência e confiança que me possibilitaram alcançar o objetivo desse trabalho. À professora doutora Francilene dos Santos Rodrigues que me encorajou a entrar para o programa.

À professora doutora Eliane Sílvia Costa, pela paciência e apoio, na primeira fase da orientação, e a todos os(as) professores(as) do PPGSOF, por compartilharem seus conhecimentos científicos no decorrer da pós-graduação. À professora doutora Ingrid do Departamento de Economia da UFRR que me deu palavras de força e encorajamento.

À Banca Examinadora composta pelas professoras doutoras Eliane Sílvia Costa, Maria das Graças Santos Dias, Mariana Cunha Pereira e o professor doutor Lázaro Batista da Fonseca, meus agradecimentos pela leitura e contribuições necessárias para finalizar o texto da dissertação e concluir o tão sonhado mestrado.

À Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Roraima, que atuando como Apoiadora Institucional, tive oportunidade de participar juntamente com alguns atores locais sobre as primeiras discussões sobre a migração Venezuelana.

Às amigas de jornada profissional, professora Rosiclei Alencar e a Enfermeira Shirlene Camila, que me acompanharam e me apoiaram nesse processo por meio de suas sugestões e contribuições. Aos amigos da UFRR e em especial aos companheiros(as) de turma do PPGSOF

pelo compartilhamento dos saberes, George, Maria José, Yves, Silvia, Militza, Marcelo, Débora, Samuel, Caobe, Ellyson, Carlos Emílio, Amanda, Francisco, Walliane, Renata e Eliaquim.

Enfim aos demais amigos e professores que de certa forma contribuíram indiretamente para a efetivação dessa pesquisa e que também veem na ciência uma oportunidade de inclusão.

EPÍGRAFE

Os migrantes podem vivenciar diversas perdas durante a experiência migratória: a da família e entes queridos, a da língua, a da cultura, a da terra, da posição social, do contato com o grupo de pertença (étnico e religioso) e os riscos pela integridade física. Tais lutos (referentes a perdas reais ou simbólicas) podem ser tão “extremos” que colocam a pessoa que os vivenciam em um estado de sofrimento e crise permanente, sendo “inevitável que essas pessoas adoçam mentalmente e precisem de ajuda específica”. (KNOBLOCH, 2015)

OLIVEIRA Marinete Nunes. **Confluências entre Saúde e Migrações Venezuelanas em Roraima**. Boa Vista: Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras da Universidade Federal de Roraima, 2021.

RESUMO

Mediante o processo migratório da Venezuela para o Brasil ocorrido nos últimos anos, especialmente para o estado de Roraima, a presente pesquisa visa analisar a relação que existe entre a chegada dos migrantes venezuelanos e a demanda por recursos no Sistema Único de Saúde (SUS) roraimense, buscando analisar, principalmente, as questões relativas ao aporte financeiro gerado com a chegada dos venezuelanos e ao ônus gerado ao Estado com essa migração. A pesquisa objetivou analisar o direito da população migrante de acesso ao SUS, além da organização e compilação de dados sobre essa realidade. A pesquisa envolveu dois grandes temas, a migração e as políticas públicas de saúde no contexto migratório. Para lograr êxito na busca desses objetivos adotou-se uma estratégia metodológica que partiu inicialmente de uma revisão bibliográfica pautada nos estudos da questão da saúde no Brasil e nos estudos migratórios. Em seguida foi realizada uma vasta pesquisa de dados em fontes oficiais para identificar os gastos e investimentos na saúde pública entre 2016 e 2020 no Estado de Roraima. Abordou-se a luta pela saúde pública, através da criação do SUS no Brasil e a inserção e atuação do SUS em Boa Vista Roraima. Estabeleceu-se um debate sobre o direito de acesso à saúde pública para a população brasileira e para a população migrante. Por fim, foram apresentados dados da migração venezuelana em Roraima e sua inserção no SUS, bem como os dados referentes aos custos e a arrecadação com relação a chegada dos migrantes venezuelanos e seus reflexos na área da saúde. Conclui-se com base no levantamento de dados, que a confluência entre migração e saúde ocorreu em dois âmbitos: os migrantes evidenciaram as fragilidades do sistema único de saúde em Boa Vista e, serviram como justificativa para o aumento dos recursos voltados para a saúde no Estado de Roraima.

Palavras-chave: Migração Venezuelana; Financiamento da Saúde; Boa Vista; Roraima; Sistema Único de Saúde.

OLIVEIRA Marinete Nunes. **Confluências entre Saúde e Migrações em Roraima**. Boa Vista: Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras da Universidade Federal de Roraima, 2021.

ABSTRACT

Through the migratory process from Venezuela to Brazil in recent years, especially to the state of Roraima, this research aims to analyze the relationship that exists between the arrival of Venezuelan migrants and the demand for resources in the Unified Health System (SUS) in Roraima, seeking to analyze, mainly, the questions related to the financial contribution generated with the arrival of the Venezuelans and the burden generated to the State with this migration. The research aimed to analyze the migrant population's right of access to SUS, in addition to organizing and compiling data on this reality. The research involved two major themes, migration and public health policies in the migratory context. To achieve success in the pursuit of these objectives, a methodological strategy was adopted, which initially started with a bibliographic review based on studies of the health issue in Brazil and on migratory studies. Then, a vast survey of data was carried out in official sources to identify public health spending and investments between 2016 and 2020 in the State of Roraima. The fight for public health was addressed, through the creation of SUS in Brazil and the insertion and performance of SUS in Boa Vista Roraima. A debate was established on the right of access to public health for the Brazilian population and for the migrant population. Finally, data on Venezuelan migration in Roraima and its insertion in the SUS were presented, as well as data on costs and revenue in relation to the arrival of Venezuelan migrants and their impact on health. It is concluded, based on the data survey, that the confluence between migration and health occurred in two areas: the migrants showed the weaknesses of the single health system in Boa Vista and, they served as a justification for the increase of resources directed to health in the State of Roraima.

Keywords: *Venezuelan migration; Health Financing; Good view; Roraima; Health Unic System.*

OLIVEIRA Marinete Nunes. **Confluências entre Saúde e Migrações em Roraima**. Boa Vista: Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras da Universidade Federal de Roraima, 2021.

RESUMEN

Frente al proceso migratorio de Venezuela a Brasil en los últimos años, especialmente al estado de Roraima, esta investigación tiene como objetivo analizar la relación entre la llegada de migrantes venezolanos y la demanda de recursos en el Sistema Único de Salud (SUS) en Roraima, buscando Analizar, principalmente, los temas relacionados con el aporte financiero que genera la llegada de venezolanos y la carga que genera al Estado con esta migración. La investigación tuvo como objetivo analizar el derecho de la población migrante a acceder al SUS, además de organizar y recopilar datos sobre esta realidad. La investigación involucró dos temas principales, la migración y las políticas de salud pública en el contexto migratorio. Para tener éxito en la consecución de estos objetivos, se adoptó una estrategia metodológica que inicialmente se inició con una revisión de la literatura basada en estudios sobre el tema de la salud en Brasil y en estudios migratorios. Luego, se realizó una búsqueda exhaustiva de datos en fuentes oficiales para identificar los gastos e inversiones en salud pública entre 2016 y 2020 en el Estado de Roraima. Se abordó la lucha por la salud pública, a través de la creación del SUS en Brasil y la inserción y actuación del SUS en Boa Vista Roraima. Se inició un debate sobre el derecho de acceso a la salud pública de la población brasileña y de la población migrante. Finalmente, se presentaron datos sobre la migración venezolana en Roraima y su inclusión en el SUS, así como datos sobre costos y recaudación respecto a la llegada de migrantes venezolanos y su impacto en el área de salud. Con base en la encuesta de datos, se concluye que la confluencia entre migración y salud se dio en dos esferas: los migrantes mostraron las debilidades del sistema único de salud en Boa Vista y sirvió como justificación para el aumento de recursos destinados a la salud en el Estado de Roraima.

Palabras-clave: *Migración venezolana; Financiamiento de la salud; Buena Vista; Roraima; Sistema único de Salud.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

BV - Município de Boa Vista-RR

CF88 - Constituição Federal Brasileira de 1988

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conferências Nacionais de Saúde

CNRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CIB/RR - Comissão Intergestores Bipartite

DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DUDH - Declaração Universal de Direitos Humanos

ESF - Equipes de Saúde da Família

ECOSOC - Conselho Econômico e Social das Nações Unidas

FGV - Fundação Getúlio Vargas

IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensão

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LER - Lesões por Esforços Repetitivos

MRS - Movimento da Reforma Sanitária

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OA - Operação Acolhida

OBMIGRA - Observatório das Migrações Internacionais

OMS - Organização Mundial de Saúde

OIM - Organização Internacional para as Migrações

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SEMS - Superintendência Estadual do Ministério da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SESAU - Secretaria de Saúde do estado de Roraima

SMS - Secretaria municipal de saúde de Boa Vista/RR

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFPEL - Universidade Federal de Pelotas

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Cronologia das Conferências Nacionais de Saúde no Brasil.....	24
Figura 02 - Estrutura da Atenção Básica à Saúde em Boa Vista.....	47
Figura 03 - Mapa Político-Administrativo do Estado de Roraima.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Organização da rede assistencial de saúde em Boa Vista	49
Tabela 02	Centros de Saúde em Roraima (2020)	54
Tabela 03	UBS em Roraima (2020)	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Distribuição dos Centros de Saúde em Roraima por Município	53
Gráfico 02	Distribuição das UBS em Roraima por Município (2020)	55
Gráfico 03	Despesas Totais do Município de Boa Vista/RR – Série Histórica (2016 – 2020)	76
Gráfico 04	Receitas Gerais do Município de Boa Vista/RR – Série Histórica (2016 – 2020)	77
Gráfico 05	Despesas Totais do Fundo Municipal de Saúde de Boa Vista/RR – Série Histórica (2016-2020)	78
Gráfico 06	Receitas Gerais do Fundo Municipal de Saúde de Boa Vista/RR – Série Histórica (2016 – 2020)	79
Gráfico 07	Repasses do Sus ao Fundo de Saúde do Município de Boa Vista/RR – Série Histórica (2016 – 2020)	80

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	21
2.1	A Saúde Pública no Brasil após a Constituição Federal de 1988.....	28
2.2	Sistema de Saúde e acesso universal no Brasil.....	32
2.3	Organização do processo de trabalho no SUS.....	34
3	ATENÇÃO PRIMÁRIA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA...	40
3.1	As teorias que subsidiam a saúde como direito.....	41
3.2	Política e Sistema de Saúde no Brasil.....	43
3.3	Modelo organizacional da APS no território e atenção primária da estratégia da família.....	49
3.4	Atenção Primária à Saúde nas UBS e APS em Roraima.....	50
4	SAÚDE E MIGRAÇÃO EM RORAIMA.....	56
4.1	O direito à saúde para os migrantes no Brasil.....	60
4.2	Os Migrantes Venezuelanos e a saúde em Roraima	65
4.3	Migração e Saúde: principais confluências	70
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
	REFERÊNCIAS.....	85

CONFLUÊNCIAS ENTRE SAÚDE E MIGRAÇÕES VENEZUELANAS EM RORAIMA

Introdução

A partir do ano de 2015 com o agravamento da situação econômica na Venezuela, país que faz fronteira com o Brasil e com o estado de Roraima, milhares de migrantes venezuelanos têm sistematicamente adentrado no Brasil por essa fronteira no extremo norte. Desde então, com a chegada dos migrantes, Roraima vem percebendo que alguns setores de prestação de serviços públicos encontravam-se fragilizados, o que se agravou com o aumento da demanda, por exemplo, na saúde e na educação.

A partir de 2015 os processos migratórios foram aumentando e, como nos mostra Milesi (et. al., 2018) diversos órgãos, organizações e instituições têm trabalhado em conjunto com a Operação Acolhida (OA)¹ no sentido de interiorizar parte dos migrantes para outros estados da federação, com o objetivo de amenizar as tensões no estado de Roraima. Todavia estes autores(as) e muitos outros(as) teóricos(as) evidenciam que há por parte de diversos setores da sociedade roraimense o uso político desses migrantes para justificar o atraso e a falta de capacidade dos sistemas públicos (principalmente na área da saúde) em atender a população brasileira e migrante. Neste contexto, parte da sociedade coloca a culpa da ineficiência desses sistemas nos migrantes venezuelanos.

Contudo trabalhos como o de Milesi (et. al., 2018) denunciam que os serviços públicos já eram defasados e atrasados antes da chegada desses migrantes e que essa culpabilização dos migrantes é um processo pensado e arquitetado que se aproveita e ao mesmo tempo gera tensões e comportamentos xenófobos por parte da sociedade brasileira com os venezuelanos. Oliveira e Lacerda (2018) observaram os discursos xenófobos em mídias locais. Fora isso vivenciou-se ao longo desses anos diversos episódios de xenofobia explícita, incluindo violência física em algumas vezes.

Sobre essa questão da xenofobia o trabalho realizado por Rodrigues e Sarmiento (2018), demonstra diversas reações negativas e xenófobas da população de Roraima, além de evidenciar a forma como a sociedade roraimense culpa os venezuelanos por diversos problemas

¹ A Operação Acolhida corresponde a operação montada inicialmente pelo governo federal no governo de Michel Temer em 2016 e que continua até hoje sob o comando das Forças Armadas Brasileiras, com a atuação de diversas organizações, que visa realizar a interiorização dos migrantes venezuelanos para outros estados do Brasil.

que já eram estruturais de Roraima, como a superlotação do sistema de saúde, o aumento de moradores de rua, fechamento das fronteiras. Entretanto, ao contrário desses discursos xenófobos oficiais, de redes sociais e de grandes mídias, como trabalhamos na área administrativa da saúde, ao ler documentos oficiais como por exemplo o relatório da Fundação Getúlio Vargas (FGV) sobre dados econômicos da migração em Roraima, foi possível ter uma primeira percepção de que, se a migração traz diversos problemas, ela também modifica positivamente a sociedade.

Nesse relatório (FGV/DAPP, 2020), foi possível observar, por exemplo, que o crescimento observado do PIB de Roraima foi de 2,3%, enquanto, na média dos estados brasileiros, foi de 1,4%. Houve também um aumento do grau de diversificação econômica em Roraima da ordem de 8%, o que não foi verificado para o resto da região Norte ou para a média dos estados brasileiros. Roraima se tornou o estado com o maior aumento de área plantada (28,9%); O comércio varejista em Roraima cresceu, assim como o valor exportado pelo estado (FGV/DAPP, 2020).

Com o passar do tempo e com o aumento das dinâmicas migratórias, diversos trabalhos vêm sendo realizados no âmbito da academia, no sentido de compreender e analisar os diversos enfrentamentos e questões que surgiram após a chegada dos migrantes venezuelanos em Roraima. Dentre esses trabalhos, encontramos o estudo de Barreto (2020) que versou sobre essas relações de custo/benefício da migração venezuelana na área da saúde. Este trabalho nos deu a luz necessária para definir o objeto e o problema desta pesquisa, que foi saber se de fato a chegada dos venezuelanos causou ônus sem precedentes ao estado de Roraima como nos mostram parte das mídias locais e o senso comum, ou se as novas questões e intervenções trazidas com a migração venezuelana são suficientes, em si mesmas, para dar conta desse ônus e melhorar o aparelhamento estatal.

Neste contexto migratório, a presente pesquisa visa analisar as confluências entre a chegada dos migrantes venezuelanos e a situação no sistema de saúde roraimense, buscando analisar, principalmente, as questões relativas ao aporte financeiro gerado com a chegada dos venezuelanos e ao ônus gerado ao Estado com a sua chegada. Optou-se pelo tema da confluência justamente por se compreender que os migrantes e os brasileiros caminham em ruas que se encontram na direção da saúde que se torna um ponto de convergência e, longe de se contrapor, a chegada dos migrantes contribuiu para se melhorar a prestação de serviços públicos por parte do Sistema Único de Saúde.

O conceito clássico de confluência indica que é tudo aquilo “que se dirige para o mesmo ponto de convergência; é o ponto em que algo se encontra; ponto de convergência ou

de encontro; duas ou mais coisas ou ideias (pensamentos) que são coincidentes: confluência de opiniões”². Neste sentido, um dos encontros, convergências, entre brasileiros e venezuelanos se deu no campo da saúde, que passou a ser uma pauta comum na luta por melhorias de direitos.

Como objetivos específicos pretendeu-se também, analisar o direito da população migrante de acesso ao sistema de saúde pública brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), além da organização e compilação de dados sobre essa realidade. Assim sendo, esta pesquisa envolveu dois grandes temas, a migração e as políticas públicas de saúde no contexto migratório. Ambas se encontram e definem novos rumos ou um novo caminho para a saúde que passa a ser pensada a partir da chegada dos migrantes.

Para lograr êxito na busca desses objetivos adotou-se uma estratégia metodológica que partiu inicialmente de uma revisão bibliográfica sobre os temas dos primeiros dois capítulos e em seguida foi realizada uma vasta pesquisa de dados em fontes oficiais como o Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Saúde do estado de Roraima (SESAU) e a Secretaria municipal de saúde de Boa Vista/RR (SMS), além de relatórios públicos de instituições da sociedade civil e Organizações não Governamentais (ONG's) que atuam dentro da Operação Acolhida, e também em trabalhos acadêmicos como por exemplo o trabalho de Barreto (2020).

No primeiro capítulo abordou-se a luta pela saúde pública, através da criação do SUS no Brasil e a inserção e atuação do SUS em Boa Vista Roraima. No segundo capítulo, estabeleceu-se um debate sobre o direito de acesso à saúde pública para a população brasileira e para a população migrante. Já no terceiro capítulo foram apresentados dados da migração venezuelana em Roraima e sua inserção no SUS, bem como os dados referentes aos custos e a arrecadação com relação a chegada dos migrantes venezuelanos e os impactos na área da saúde.

² Infopédia Dicionários Porto Editora. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/conflu%C3%A2ncia>. Consultado em 05/03/2021.

2. HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Neste primeiro capítulo apresentaremos um breve histórico sobre a luta e a conquista da saúde pública no Brasil, expressa atualmente através da existência do SUS, também se realizará um debate sobre o conceito de saúde na perspectiva do SUS e os aspectos legais que embasam a saúde pública no país.

O Brasil é um país de dimensões continentais. Dentro do mosaico que o forma existem diversas regiões e diversos contextos regionais distintos que sempre foram e ainda são um obstáculo para que exista um sistema de saúde pública que seja eficiente e que seja abrangente em todo o território. Para que o Brasil alcance êxito em atender a população como um todo, e também para que exista um sistema de saúde coletiva público, diversas lutas vêm sendo travadas ao longo da história. Gomes (2018 p. 23) em sua dissertação de mestrado que versou sobre a fundação e criação do SUS aponta que

Este sistema de saúde é algo recente e foi amplamente discutido ao longo de décadas nas conferências nacionais que tiveram papel fundamental neste processo evolutivo conduzido pela sociedade civil, e não somente pelos governos, partidos políticos ou organizações internacionais, mas sim pela presença e afirmação da participação popular. Os movimentos sociais tiveram papel fundamental, nestas mudanças.

Nas últimas décadas, após a criação do SUS e a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil passou a ganhar espaço dentro das políticas públicas de Estado, trazendo mais qualidade na prestação de serviços, mais investimentos em hospitais, clínicas, laboratórios, postos de saúde, entre outros, e que vêm aumentando progressivamente. Além disso, foram criadas instituições como, por exemplo, o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais. Todavia, essa é a realidade atual, ao observarmos o passado recente vivíamos um outro contexto histórico de abandono quase que total da saúde pública (PAIM, 1997).

No início do século XX, mais precisamente entre as décadas de 1920 e 1930 foram realizadas as primeiras ações políticas que envolviam principalmente governo e militares. Contudo essas ações foram consideradas muito autoritárias, fato que provocou oposição de parte da população, políticos e líderes militares, que não concordavam com esse modelo de intervenção do Estado na área social. No caso a revolta se deu pelo fato de direitos civis e sociais terem sido vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho, e estarem centralizados em grandes burocracias (PIANA, 2009).

Em 1930, foi criado o Ministério dos Negócios da educação Educação e Saúde por meio do decreto 19.402/1930 e foi estruturada pela primeira vez uma política nacional de saúde a partir de dois eixos: da saúde pública e da medicina previdenciária. Porém, com relação à saúde pública ela era relacionada na maior parte das vezes com campanhas sanitárias e mesmo essas só se tornaram mais efetivas com a criação do Departamento Nacional de Saúde, em 1937. Ao mesmo tempo havia o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica voltadas para o atendimento médico hospitalar.

Neste período, as oligarquias eram predominantes e com a chegada de Getúlio Vargas ao poder houve uma reorganização da elite da época, que era basicamente agrária e sofreu muito com a crise de 1929 e o *crack* da bolsa de Nova Iorque que fez o preço de produtos agrícolas como o café despencarem. O novo governo iniciou um processo de intervenção do Estado na economia e na área social, com políticas de governo baseadas na industrialização e na criação do Ministério do Trabalho. O sistema de saúde era formado pelo Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões, divididos por categoria ocupacional (PIANA, 2009).

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional e até a década de 1960 centrou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O sistema de proteção social era fragmentado e desigual, cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 1953, mas não foi implementado (BRAVO, 2009, p. 92).

Com o surgimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) no fim da década de 40, ocorreram alguns avanços relacionados à saúde no Brasil, os objetivos centrais da OMS se voltavam para o desenvolvimento da saúde pública para todos os povos, buscando mais qualidade de vida para a sociedade através da saúde de qualidade. Os estatutos da OMS foram aprovados em 22 de julho de 1946, durante a Conferência Internacional da Saúde, convocada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) em Nova Iorque. Segundo o artigo 1º da sua constituição, a OMS tem como propósito primordial garantir o nível mais elevado de saúde para todos os seres humanos. Para a OMS a saúde era então um estado de

completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou de enfermidades (OMS, 2006).

Alguns acontecimentos importantes ocorreram entre as décadas de 1930 e 1940, dentre eles pode-se destacar a criação das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que foram fundamentais para os avanços da saúde pública uma vez que lutaram por uma saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, a Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, a realização de campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose e também lutou para que Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendesse a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (RIBEIRO, 1997).

Essas conferências foram criadas e instituídas pelo Conselho Nacional da Saúde (CNS) que era composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do mesmo. Inicialmente o conselho debatia apenas questões internas que nortearam os indicativos ao direito à saúde, a partir deste processo de diálogo e de resistência, às políticas de saúde tiveram avanços significativos (CONASS, 2011).

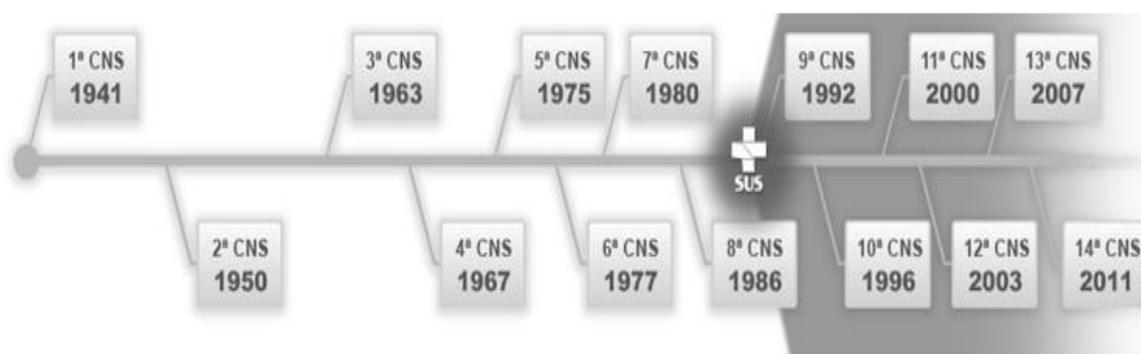
As Conferências Nacionais de Saúde, surgiram então, a partir da criação do CNS, sua finalidade era de avaliação da situação da saúde no país e de formular diretrizes para as políticas públicas no setor, reunindo cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção às necessidades da população. A primeira Conferência Nacional de saúde foi convocada em 1941, e segundo o Ministério da Saúde da época, tinha como finalidade

Ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) Organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.” Um temário nitidamente relativo à gestão e administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía (CONASS, 2015 p. 12).

Essas conferências foram fundamentais para a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil e para melhorar condições de serviços prestados pelo Estado, já que até meados da década de 1980, não existia a obrigatoriedade da prestação de serviços públicos de saúde. Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para que os constituintes elaborassem o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que trata a saúde pública como direito de todos. O SUS foi então criado por meio da Lei n.º 8.142 de 28

de dezembro de 1990, que instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias de controle social (RIBEIRO, 1997).

Figura 01 – Cronologia das Conferências Nacionais de Saúde no Brasil



Fonte: Fiocruz (2021).

Essas conferências debatem diretrizes e propostas no contexto dos direitos sociais básicos, a primeira CNS ocorreu em 1941 e teve como temas principais a organização sanitária estadual e municipal, a ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose, a determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e também o plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Daí em diante a 2ª CNS (1950) debateu a legislação referente à higiene e à segurança do trabalho; a 3ª CNS (1963) a situação sanitária da população brasileira e a municipalização dos serviços de saúde (FIOCRUZ, 2021).

As conferências formularam a chave para a abertura de novos debates e rumos das políticas de saúde no Brasil. Durante o período da ditadura militar houveram diversos entraves na abertura e continuidade dos debates, mesmo assim a sociedade civil não desistiu da luta e ocorreram avanços também nesta época. Nos anos 60, antes da ditadura militar, houve uma paralisação no processo político institucional na área da saúde. Os muitos anos de repressão política e social imposta pelo regime militar, afetou principalmente os movimentos sociais, em todos seus segmentos (BALSEMAO, 2003).

Após o golpe de 1964, ocorreram mudanças significativas e negativas no sistema da previdência social, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que tinha como objetivo principal garantir aos trabalhadores urbanos os benefícios da previdência social, de forma precária utilizando o mesmo sistema instituído pelos empregadores públicos através das

caixas de assistência à saúde. Com a instauração do golpe, reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos (POLIGNAMO, 2001).

No início da década de 1970, recursos do orçamento federal foram disponibilizados para reformar e construir hospitais privados, nesse contexto, a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas que ofereciam assistência de saúde sobretudo para a população de trabalhadores rurais. Foram criados subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados através de descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados (PINHEIRO, 2010). Entre 1970 e 1974, “foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados; a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas que ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais” (PAIM, 2012, p. 17).

A reforma do setor de saúde no Brasil estava na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo. A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira, defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica, mas como uma questão social e política a ser abordada no espaço público, como meio de qualidade de vida preconizada pelo bem-estar social. Os movimentos sociais reivindicavam políticas públicas de saúde, como um dos pontos centrais para a reformulação do sistema chamado na época de reforma sanitária (PAIM, et al., 2009).

O fato de as políticas de saúde após a década de 1970 ser voltada para a concessão de privilégios do setor privado, desencadeou diversos conflitos entre a sociedade civil e o governo militar, os movimentos sociais fomentavam a reivindicação de reformas no setor da saúde e lutavam contra a ênfase dada na prática médico curativa orientada para burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação do atendimento de acordo com a capacidade financeira e o status (BRAVO, 2009).

Na década de 80, houve uma explosão dos movimentos sociais, que reivindicavam uma reestruturação da saúde no Brasil. Esses movimentos envolviam, de uma forma ou de outra, todos os segmentos da sociedade, tanto político quanto social. Nesse contexto as CNS tiveram papel central e importante para as mudanças que estariam por vir, sobretudo a CNS realizada em 1986 com a participação dos movimentos sociais e sua crescente mobilização para conquistar novos espaços e direitos coletivos, após uma longa e resistente luta contra a ditadura militar para a construção de um modelo democrático (RIBEIRO, 1997).

O auge destes movimentos sociais de redemocratização se consolidaram com uma nova ordem jurídica, que é a Constituição Federal de 1988, inaugurando e afirmando a ideia da democracia com a participação da sociedade civil no controle e na gestão de políticas públicas, por meio da participação popular nos espaços dos Conselhos, das Conferências e das audiências públicas, que além de permitir que o povo desempenhe seu poder de maneira indireta, mediante representantes eleitos, consente que este exerça seu poder diretamente, por meio de plebiscitos, referendos e projetos/ações de iniciativa popular.

Para Polignano (2001) que estudou esse processo de democratização do acesso à saúde para toda a população, a percepção social da saúde como direito de cidadania se configura como uma novidade na história das políticas sociais brasileiras. Para ele, o fato de a sociedade ampliar sua percepção sobre essa necessidade é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde que começaram a tomar corpo na segunda metade da década de 1970 e que foi ganhando força até o momento da promulgação e da construção da Constituição Federal de 1988. A pressão da sociedade civil nesse contexto foi fundamental para a constituição do arcabouço jurídico institucional da saúde no Brasil.

A evolução histórica das políticas de saúde está, então, intimamente ligada à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira. Segundo ele, o avanço do capitalismo na sociedade, sobretudo do ponto de vista de um país subdesenvolvido fez com que a saúde pública nunca tenha ocupado um lugar central dentro da política do Estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde (POLIGNANO, 2001).

No contexto da abertura política, o Brasil passava por uma transição profunda política e social, com uma nova ordem de organização do Estado. Neste momento a sociedade pressionou as autoridades para que houvesse mudanças significativas no modelo de saúde pública, principalmente no que diz respeito a universalidade dos serviços de saúde e descentralização do sistema, dando mais autonomia para estados e municípios para alcançar metas e objetivos propostos pelas mudanças em processo. Neste sentido, novas diretrizes foram consolidadas e a saúde, de acordo com a Constituição Federal de 1988, passou a ser direito de todos e dever do Estado. Os princípios e diretrizes estabelecidos foram: descentralização, integralidade e participação (PAIM, 2012).

O Estado foi obrigado, a partir da Constituição Federal de 1988, a intervir diretamente na qualidade de serviços de saúde prestados à população em geral através da implementação do SUS. Com a descentralização das políticas de saúde, os mecanismos de tomada de decisão

tiveram de ser ampliados no sistema, através da participação social e da construção de alianças entre os principais atores envolvidos. Sendo assim, além das CNS, foi institucionalizada uma nova estrutura que estabeleceu conselhos de saúde e comitês intergestores nos níveis estadual (bipartite) e federal (tripartite) nos quais as decisões seriam tomadas por consenso (PAIM, 2012).

Foi durante a VIII CNS (1986) que foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), que foi responsável por introduzir na Constituição Federal de 1988 importantes estruturas ideológicas para a mudança e transformação do Sistema Nacional de Saúde, adotando os princípios da universalidade e equidade no atendimento à saúde, a legislação brasileira neste sentido se tornaria uma das mais avançadas do mundo em termos de legislação social. O Art. 196 da Constituição Federal de 1988 expressa essa conquista e define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS chega então para romper com a dualidade que sempre marcou a participação do Estado na área de saúde, com atuação dividida entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, a partir desse momento, a gestão se torna compartilhada, em igual nível de responsabilidade entre as três esferas de Governo. Tais ações foram efetivadas a partir do Art. 198 da Constituição Federal de 1988:

As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de Governo;
II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais;
III- participação da comunidade.

A descentralização das ações e serviços de saúde implicou na transferência de poder e consequentemente na redefinição de atribuições e competências entre as esferas de governo, sendo assim, as estruturas político administrativas locais foram dotadas de autoridade para a formulação de suas políticas de natureza local e é justamente essa perda de poder das esferas federal e estadual que mais tem criado barreiras para a descentralização (PAIM, 2012).

Através dessa análise podemos concluir que a saúde pública, gratuita e de qualidade é um direito assegurado a todos os cidadãos brasileiros e apesar de o antigo Estatuto do Estrangeiro (Lei nº 6.815, de 1980) não garantir esses mesmos direitos para os migrantes, a nova Lei de Migração (Lei nº 13.445 de 2017) já inclui os migrantes como beneficiários do SUS, fato que nos aprofundaremos mais adiante. A existência do SUS é resultado de décadas

de lutas e é o marco dessas conquistas. Os problemas relacionados à saúde pública no Brasil são históricos e as reformas na saúde e os novos preceitos previstos pela Constituição Federal de 1988, foram fundamentais para a consolidação de um sistema mais amplo de saúde pública. Todavia isso não significa dizer que todos os problemas foram resolvidos e sim que houveram grandes avanços no sentido de amenizá-los.

2.1 A Saúde Pública no Brasil após a Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988 Teve um papel fundamental ao estabelecer relações entre cidadania, governabilidade, controle e a participação social, com o objetivo de avançar na instituição de práticas democráticas substantivas (BRASIL, 2013), contudo, até os dias de hoje, as transformações e direitos previstos ainda não alcançaram sua plenitude. Grande parte das ações previstas na Constituição Federal de 1988 não foram plenamente implementadas. Muitas dessas ações ocorreram de forma precipitada e mal planejada, principalmente devido às diferenças regionais e culturais que durante décadas foram desconsideradas pelos governos, ou ainda pelas dificuldades econômicas, é importante que o controle social possa estar mais qualificado e que as avaliações sejam contínuas (PAIM, 2012).

Mesmo assim, há de se considerar que após a Constituição Federal de 1988, não só a noção de saúde, como também a gestão e organização dela através da criação do SUS, mudou profundamente o panorama da saúde pública no Brasil. A Lei nº 8.080/1990, por exemplo, considera como parte da saúde pública a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Lei nº 8.080/1990 – Título I

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1 - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2 - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e às coletividades condições de bem-estar físico, mental e social.

Silva e Silva (2000) alerta para o fato de que apesar de as leis que regulamentam a saúde no Brasil serem apresentadas como dever do Estado, elas também responsabilizam os cidadãos em monitorar as ações dos governos e instituições neste processo, uma vez que a legislação vigente coloca o direito à saúde e o bem-estar como direitos coletivos. Contudo para esses autores é justamente nesse ponto que perpassam as maiores dificuldades, entre a elaboração da lei e a execução dela através da realização de políticas e ações de gestão da saúde e a atuação da sociedade na fiscalização para que essas leis sejam efetivamente cumpridas.

Desta maneira, assim como Paim (2009) nos conta, essas informações ainda não são expostas de forma clara para a sociedade e as questões de saúde no Brasil ainda são pouco difundidas e como nos mostra Gomes (2018 p. 38), “as políticas públicas e leis que tratam da temática, ainda não são suficientes para atender as necessidades culturais e estruturais de uma maneira geral”.

Neste contexto se deu a Reforma Sanitária que foi um movimento que postulou uma proposta de reformulação política e de atuação no campo da saúde, impulsionada e conduzida pela sociedade civil, que emergiu nas lutas em defesa de mudanças, assegurando saúde para todos, não só como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas também como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM, et al., 2012).

Scarcelli (2016) enfatiza que esse movimento articulou-se em diversos níveis e amplitude em função de uma ou várias reivindicações coletivas, cuja definição ocorreu a partir da percepção de escassez em comum. Nesse ponto de vista, a constituição do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), se deu a partir da articulação de trabalhadores de diversos locais.

Conforme salienta Paim et al., (2012), esse movimento de reforma consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, como um novo modelo de saúde para o Brasil, aplicando o conceito da saúde como um direito de todos e dever do Estado, delineando o SUS, como resultado do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, estruturada como política de saúde de natureza macrossocial, na qual se faz presente um leque de políticas específicas, como atenção básica, urgência e emergência, e promoção da saúde, articulando diversas práticas de saúde.

Esse movimento contribuiu para a difusão da noção do direito à saúde, como parte da cidadania e para a reforma democrática do Estado, dando, portanto, margem a uma compreensão do processo que engloba o ímpeto transformador, fomentando a experiência social e política. Para Paim (2009), o SUS, é o maior sistema público de saúde do mundo que é universal, integral e equânime regulamentado através da Lei Orgânica da Saúde, constituído pela Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a proteção, promoção e recuperação da

saúde, a organização e o funcionamento dos serviços da saúde; e a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e do financiamento da saúde entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais.

A nova forma de pensar a saúde compreendia a busca de aumento da cobertura dos serviços com objetivo de estendê-la a todos os brasileiros, almejando também a melhoria das condições sanitárias, estando diretamente relacionada à ampliação do direito à cidadania, ou seja, à democratização da sociedade. Essas proposições sintonizavam com as orientações das agências internacionais de saúde (OPAS e OMS), culminando na meta de “Saúde para todos no ano 2000”, sendo proposta durante a Conferência Internacional sobre *Cuidados Primários de Saúde*, realizada na Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Esta conferência ressaltou o íntimo inter-relacionamento e independência da saúde com o desenvolvimento econômico e social, sendo a primeira causa e consequência da progressiva melhoria das condições e da qualidade de vida. A chave do plano da Conferência de Alma-Ata está na prevenção, no desenvolvimento social e nos cuidados de saúde. Conforme a Organização Mundial da Saúde a Atenção Primária à Saúde (APS) define-se como:

Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (CONASS, 2011 p.04).

Diante dessa definição, emergiram, naquele momento, os elementos essenciais da APS, como sendo a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares, apontando essa definição para a saúde como expressão de direito humano (MENDES, 2013).

Conforme Silva (2017), a APS foi considerada como o mais significativo avanço do SUS, local em que as pessoas buscam o primeiro atendimento na rede de atenção à saúde para suas necessidades, sendo pautada como uma estratégia do SUS para reorganizar seu atendimento, tendo como principais objetivos a família no foco da assistência, o trabalho em equipe interdisciplinar, o vínculo entre profissionais e famílias assistidas e a escuta qualificada. Entretanto, problemas relacionados ao seu conceito e ambiguidade de algumas de suas

definições formais, geraram interpretações distintas, e, por consequência, dificuldades em sua implementação, sendo elas:

Interpretação como Atenção Primária Seletiva: um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica; Interpretação como nível primário do sistema de atenção à saúde: modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns de saúde, para o que a orienta de forma a minimizar os custos econômicos e a satisfazer as demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível, estando relacionada com a medicina geral ou de família e comunidade, muito comum em países desenvolvidos; Interpretação como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde: uma forma singular de apropriar, recombinar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS (CONASS, 2011 p.24).

Essas premissas dos cuidados primários podem ser encontradas em vários países e, podendo até mesmo, estar presentes dentro de um mesmo país, ao mesmo tempo. Segundo Mendes (2013), a regulamentação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é a mais compatível com a proposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS), pela sua interpretação ser mais correta do ponto de vista técnico e pela sua abrangência, além de ser mais factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil, principalmente pelo volume de gasto público que o SUS apresenta.

Para Lazarini e Sodré (2019), a atual fase do capitalismo imposta aos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, tem sido marcada por uma crise que atinge profundamente a economia em uma perspectiva global, visando flexibilizar a estruturação de suas políticas sociais, ameaçando conquistas importantes, como é o caso do SUS, sobretudo no que tange à Atenção Primária à Saúde (APS).

Embora tenha sido ancorado nos pilares democráticos da universalidade, equidade e integralidade, o SUS vem sofrendo impactos desde a sua criação, com tensões entre a garantia da universalidade e a contenção de gastos, com consequências diretas na forma como têm sido conduzidas as políticas de gestão e, especificamente, aquelas referidas ao processo de avaliação em saúde, apontando uma série de medidas que compunham a reforma dos sistemas de proteção social, cuja perspectiva aponta para a privatização, a descentralização e programas (fundos) sociais emergenciais.

Diante disso, se torna presente a interferência direta na APS, sendo sugerida a criação de serviços de saúde pública que se restrinjam à assistência básica, com utilização de procedimentos simples e de baixo custo, realizados por profissionais pouco qualificados, com

o intuito de resolver questões mais gerais no âmbito da saúde, abarcando um caráter mais familiar e comunitário, desvirtuando a concepção de direito à saúde como conquista social, passando para lógica do custo/benefício (LAZARINI; SODRÉ, 2019).

Compreende-se, portanto, que a noção de APS seletiva entra em contradição com modelos mais potentes de atenção à saúde, podendo representar um obstáculo à essa nova construção robusta e qualificada, cujo enfoque é o acesso oportuno a serviços de saúde abrangentes e resolutivos, que prestam cuidados humanizados e integrais por longos períodos de tempo às pessoas tomadas em seu contexto comunitário, cultural e familiar. Contudo, embora apresente sérios problemas relativos à sua estrutura, gestão do sistema, financiamento, entre outros, o SUS ainda segue com reconhecimento internacional devido à grande dimensão de sua cobertura, servindo como referência para diversos programas de saúde em todo o mundo.

2.2 Sistema de Saúde e acesso universal no Brasil

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas. Na Conferência Internacional sobre cuidados primários à saúde, realizada em 1978, a Declaração de Alma-Ata reafirmou a saúde como um direito humano universal.

No Brasil, na década de 70, a Reforma Sanitária buscou garantir a saúde como direito individual, traduzida na equidade e no acesso universal a um sistema público de saúde, solidário e inclusivo. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, buscou transformar o arcabouço jurídico-institucional do setor saúde e assegurá-la como direito de todo cidadão brasileiro. Dois anos depois, a Constituição da República anunciou as garantias para sistematizar as ações e os serviços de saúde inscritos pela universalidade do acesso, equidade e integralidade da assistência em um Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos primeiros 20 anos do Sistema Único de Saúde, a preocupação de garantir o acesso universal aos serviços fixou-se em assegurar assistência em saúde, baseada no reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e dever do Estado, mais além das transições de governo. À construção de conceitos e práxis focados na qualificação do cuidado integral, imprimiu-se um ritmo menos acelerado.

Nas últimas décadas, entretanto, a vivência de gestores e trabalhadores do SUS, no cotidiano dos serviços de saúde trouxe à tona a compreensão dos determinantes sociais na condução das necessidades de saúde das comunidades; e a promoção da saúde, o caminho para gerenciar esses desafios crescentes do processo saúde-adoecimento.

O conceito jurídico de saúde precisa ser analisado de forma sistemática, extraindo a noção de saúde como completo bem-estar, o que faz com que uma efetivação integral e universal por parte do Estado seja uma tarefa muito desafiadora. A razão é que quando se eleva o direito à saúde ao nível de direito fundamental, todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer distinção, passam a ter direito ao amplo acesso à saúde, que deve ser assegurado pelo Estado.

De acordo com Dallari (1987, p. 15):

Na sociedade contemporânea, a saúde pode ser considerada como um bem comum a todos, como um direito social fundamental necessário à manutenção da vida. Entretanto, o reconhecimento de sua eficácia é um forte argumento colocado em discussão nos dias atuais, principalmente em relação aos direitos sociais e as externalidades que não podem ser internalizadas na avaliação da saúde enquanto bem econômico.

O conceito de saúde pode ser extraído do Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), promulgado em 26 de julho de 1946, que determina que:

A Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou outros agravos. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados, uma vez que os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos.” (Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO, 1946).

De acordo com a Constituição de 1988, a saúde é conceituada com um sistema, cujo objetivo é prevenir, curar doenças e melhorar a qualidade de vida, de acordo com situação de cada indivíduo, por outro lado, Paim (2009), sugere ampliar a base de sustentação social e política em defesa do direito à saúde e do SUS, em particular, reconhecendo a saúde como um direito da cidadania e um bem público e não como uma mercadoria ou moeda de troca político-partidária.

A definição de saúde presente na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90 amplia a concepção da apresentada pela OMS, mostrando-se mais ampla, pela explicitação dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, regulamentando o SUS, na qual a saúde, a doença e o cuidado são determinados socialmente, variando conforme os tempos, os lugares e as culturas, implicando na organização das ações e serviços de saúde e das redes de apoio social precisando ser planejada e gerada de acordo com as necessidades da população de um dado território, nesse caso a concepção de saúde é relativa a promover a vida de boa qualidade, para as pessoas individualmente e para as suas comunidades no território (LEITE, 2015).

Na concepção de FARIA et al. (2010), a saúde é entendida como um meio, um recurso para a vida das pessoas, porém, de acordo com Leite (2015), o conceito de saúde foi construído

e modificado diversas vezes ao longo da história do mundo, é uma definição que se transforma continuamente, estando intimamente relacionada ao contexto histórico, geográfico, político, social, econômico e cultural de uma sociedade. Essa definição envolve desde ações de políticas públicas de um determinado Estado a comportamentos da população diante das questões de saúde apresentadas em seu ambiente, possibilitando diversos manejos e formas de cuidado.

Nessa amplitude de concepções, Fleury (2007) compreende a saúde no contexto histórico da sociedade e em seu processo de desenvolvimento, englobando as condições de alimentação, habitação, educação, renda, ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, enquanto que, para Lopes (2005, p. 01), saúde representa “o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado pelo contexto político, socioeconômico, cultural e ambiental”.

Percebe-se, portanto, que no processo saúde-doença foi traçado um grande e significativo crescimento na história, embora a conceituação positiva de saúde tenha trazido contribuições significativas, tanto no plano teórico quanto prático, envolvendo o acesso a vida em suas múltiplas dimensões, com o enfoque voltado para a promoção e proteção da saúde, considerando as práticas mais integradoras em saúde, ela também expõe obstáculos, notadamente, dá visibilidade para as desigualdades sociais que impedem o acesso aos serviços de saúde e à informação por parte da população como um todo (LOPES, 2005).

É notório que, com as transformações econômicas decorrentes do processo de globalização e as consequências do capitalismo, enfatiza-se a valorização da competitividade e individualismo desde os anos de 1970, essas características influenciaram também na determinação da notoriedade do conceito de saúde, com acentuada crítica ao modelo hegemônico capitalista.

2.3 Organização do processo de trabalho no SUS.

Conforme a definição dada por Marx (2013, p. 183), “é imprescindível para que o portador da força de trabalho, o homem, possa renovar seu processo de vida; tal limite é constituído, portanto, pelo valor dos meios de subsistência fisicamente”. Dessa forma Trabalho é a atividade por meio da qual o ser humano produz sua própria existência”, esse conceito demonstra que a ideia não é que o ser humano exista em função do trabalho, mas é por meio dele que produz os meios para manter-se vivo, exercendo uma grande influência na construção do sujeito.

No entendimento de Faria (et. al., 2010, p. 26), toda e qualquer realização contínua, ou seja, o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, configura-se como processo de trabalho. Dito de outra forma, “pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade” (FARIA, et. al., 2010, p. 35).

Seguindo essa ideia, todo processo de trabalho é realizado para se atingir algumas finalidades determinadas previamente e o objeto do processo de trabalho é produzir um dado objeto ou condição que determina um produto específico. Sendo assim, quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele.

Ao se tratar de processo de trabalho, contextualiza-se, necessariamente, os objetivos do trabalho, os sujeitos que atuam, o objeto da ação e os meios disponíveis e utilizados na execução da ação. Nesse caso, é coerente afirmar que tudo isto é relevante para a organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde, em especial do trabalho de uma equipe na atenção básica, que constituem-se em um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no SUS (FARIA et al., 2010).

O mundo do trabalho, nas últimas décadas sofreu importantes alterações na reestruturação produtiva com o avanço de novas tecnologias, afetando tanto a organização como as condições de trabalho, quanto às relações trabalhistas, exercendo forte influência na saúde dos trabalhadores, incluindo os profissionais da saúde.

O aumento da informalidade e a terceirização de atividades e serviços levaram trabalhadores a uma exposição de riscos ocupacionais diversos que, em sua maioria, são insalubres e perigosas, e, conseqüentemente, trazendo problemas com ampla visibilidade no “mundo do trabalho”, estando entre eles a degeneração dos vínculos, considerando-se inclusive a negação ou omissão quanto aos direitos constitucionais dos trabalhadores; a precarização dos ambientes e condições de trabalho; e as dificuldades do âmbito da organização e relações sociais de trabalho em contextos de gestão (MAENO; PAPARELLI, 2013).

O mercado de trabalho agora passou a exigir critérios para seleção de trabalhadores polivalentes cada vez mais rígidos, instruídos nos processos de trabalho, qualificando a organização e prestação de serviços, no sentido de aliviar a carga de trabalho ou de permitir uma maior autonomia dos trabalhadores na sua realização, por outro lado, impõem uma maior exigência de ritmos, trazendo novos requisitos no exercício de funções, papéis,

responsabilidades, desempenho, e principalmente na forma de interação com usuários (MAENO; PAPARELLI, 2013).

Diante disso, verifica-se a necessidade de adequações dos processos e condições de trabalho, e, sobretudo, aporte de novos conhecimentos, habilidades e métodos de atuação em equipe, configurando-se como grandes desafios ao âmbito da gestão, no sentido dos processos e relações cotidianas, exigindo não só grande integridade física, mas, principalmente, grande capacidade de raciocínio, de cognição, de inovação, sendo necessário conhecer de forma detalhada a gestão, a organização, as condições e as relações de trabalho em cada setor, em cada local, avaliando como os indivíduos enfrentam os riscos, as doenças e os acidentes relacionados ao trabalho, conforme enfatizam Cardoso (2013).

A discussão acerca do trabalho, que tem como referência, o pesquisador Ricardo Antunes, especialista na discussão sobre capitalismo e trabalho precário, cujas abordagens oportunizam melhor compreensão sobre a temática da saúde do trabalhador, o qual argumenta que está havendo uma desregulamentação e redução nas formas de trabalhos formais, e pouca oferta de empregos no setor público (CARDOSO, 2013).

O paradigma do capitalismo trouxe também alterações nas formas de organização da gestão, considerada como “a divisão do trabalho, como conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade”, Cardoso (2013, p.31), como consequência disso: precariedade e a fragilidade na relação entre saúde e trabalho, repercutindo, diretamente, nas condições de vida do trabalhador e de sua família.

Segundo Vianna e Lima (2011), o processo saúde-doença dos trabalhadores é compreendido como perfis de respostas/reações individuais, no seio de um processo social, tendo relação direta com o seu trabalho estando condicionados e determinados pelas condições, processos e os ambientes em que trabalham. Ainda nesta linha de pensamento, Cardoso (2013) afirmam que estes processos se fazem presentes nas exigências do trabalho envolvendo os aspectos físicos, mentais e emocionais, dentre elas o ritmo de trabalho, os prazos, a existência de interrupções frequentes e o trabalho em excesso, favorecendo o adoecimento do trabalhador, bem como o desencadeamento de distúrbios psíquicos.

O Brasil é considerado o quarto país em acidente de trabalho no mundo, conforme analisa o Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, em parceria com a Organização Internacional do Trabalho. Entre os afastamentos previdenciários decorrentes desses acidentes estão às doenças osteomusculares, mentais e comportamentais, nervosas, e aquelas relacionadas aos sistemas digestivo e circulatório.

No contexto atual, o trabalho apresenta-se mais intenso, denso e com uma demanda maior devido ao crescimento da tecnologia na qual os limites entre a vida pessoal e profissional têm se mostrado cada vez mais tênues ou nem existem. Assim, a autonomia dos indivíduos tem diminuído e o risco do desemprego aumentado, novas doenças associadas ao trabalho têm surgido.

Nesse cenário, as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), são as doenças que mais afetam os trabalhadores brasileiros, são danos decorrentes da utilização excessiva do sistema que movimenta o esqueleto humano e da falta de tempo para recuperação (BRASIL, 2018). Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas, de aparecimento quase sempre em estágio avançado, que ocorrem geralmente nos membros superiores, tais como dor, sensação de peso e fadiga (BRASIL, 2017). São tidas como um grave problema de saúde pública, decorrentes das relações geradas no processo de trabalho, submetendo o trabalhador a precárias condições de trabalho, desencadeando adoecimento físico e mental, além de interferir na qualidade de vida deste (CARDOSO, 2013).

De acordo com Gomes (2018), a saúde do trabalhador tem como marco de referência a Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância, que se configura como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares técnicos, sociais, políticos, humanos, multiprofissionais e interinstitucionais, com o intuito de analisar e intervir nas relações de trabalho. Situada na perspectiva da saúde como direito universal, conforme definido pela Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8080/90, a saúde do trabalhador transcende o marco do direito previdenciário-trabalhista em que a ação de Estado restringe-se à regulação da saúde e segurança.

A globalização na área de saúde provocou mudanças significativas no processo de trabalho: a burocratização, a racionalização e o estabelecimento de rotinas para as atividades até então desenvolvidas de forma semi-artesanal, entretanto, apesar de todo avanço de inclusão no SUS, ainda existe um entrave para se municipalizar as ações de Saúde do Trabalhador e sua consolidação no SUS, prevalecendo métodos tradicionais de planejamento, de condução do trabalho e tomadas de decisão, mesmo com certa expansão da ideia de equipes colegiadas e gestores (MAENO; PAPARELLI, 2013).

O replanejamento da organização do processo de trabalho, tem sido considerado maior grau de resolução para prevenção dos problemas de saúde do trabalhador, sobretudo com as particularidades próprias ao seu funcionamento nas grandes cidades, uma vez que crescem cada

vez mais as insatisfações e reivindicações das equipes, compreendendo a precarização em decorrência de flexibilização nas relações trabalhistas (CARDOSO, 2013).

A promoção da saúde atualmente é um caminho ainda em construção e reconstrução, visto que precisa considerar a realidade vivenciada pelos usuários, e ainda articular com as demais políticas públicas, assim como compartilhamento de decisões e a abordagem interdisciplinar. Nesse processo, o papel dos gestores na definição de estratégias, carece de um olhar intersetorial, sendo fundamental para a consolidação e o entendimento da promoção da saúde como uma função do conjunto da sociedade e das instituições (RABELLO, 2010). Esses apontamentos são importantes para a compreensão da organização e das condições de trabalho em diferentes setores, inclusive para se pensar sobre o dia a dia de trabalho de profissionais que desenvolvem suas ações em Unidades Básicas de Saúde.

Nos anos de 2018 e 2019, foram realizadas visitas técnicas de uma equipe do MS, em todos os municípios de Roraima, com o objetivo de elaborar um relatório referente às condições de trabalho dos profissionais da saúde e referente a estrutura das UBS e dos centros de saúde nos referidos municípios. Essas visitas foram motivadas por conta do surgimento de casos de sarampo diagnosticados em Roraima (enfermidade que até então havia sido erradicada do país). Neste contexto, tal relatório nos trouxe, para além de dados sobre a situação do sarampo, dados sobre a situação das condições estruturais e de trabalho em municípios como o de Pacaraima, porta de entrada da população venezuelana em Roraima.

Sendo assim, ao analisar o município de Pacaraima, o relatório indicou que quanto às equipes e profissionais de saúde, o município conta com 05 profissionais que atuam na área de imunização e do atendimento ao público em geral e 05 equipes de saúde da família que trabalham atendendo as populações que, em geral, não conseguem acessar a UBS, desses profissionais, apenas 01 atua na vigilância epidemiológica e apenas 02 receberam capacitação para atuar nas crises epidemiológicas geradas com a chegada dos migrantes venezuelanos (RORAIMA, 2019). O relatório também concluiu que há uma

grave realidade inerente a operacionalização da sala de Imunização de Fronteira, onde havia dificuldades desde a ausência de governabilidade do Programa de Imunização do Município de Pacaraima, o qual não respondia gerencialmente por esta sala de imunização limitando sua competência apenas ao fornecimento dos imunobiológicos utilizados até as precárias condições de funcionamento e registro das imunizações administradas (RORAIMA, 2019, p. 39).

Segundo informações do relatório, o MS firmou um termo de cooperação técnica com o Ministério da Defesa no valor de um milhão e seis mil reais com vigência até setembro de 2019. Neste acordo a sala de Imunização de fronteira passou a ser operacionalizada pelos

profissionais das Forças Armadas, a quem cabe a gestão da sala, aquisição dos insumos estratégicos (seringas, agulhas, álcool, algodão, impressos etc.). O relatório também demonstrou que o quantitativo de recursos humanos é incompatível com a demanda de vacinação e a maioria dos profissionais além de não serem concursados são remunerados informalmente por meio da Organização Pan-americana de Saúde.

Além disso há também a inexistência de um coordenador das atividades desenvolvidas no local, que conta apenas com um enfermeiro responsável pela triagem dos indivíduos a serem vacinados e pela consolidação dos dados ao término das atividades. A falta de profissionais qualificados para registrar as ações de saúde causou um déficit de aproximadamente 20 mil atendimentos não registrados. A falta de profissionais e a falta da realização de concursos públicos com alto índice de funcionários temporários faz com que a qualidade do serviço seja imensamente prejudicada (RORAIMA, 2019).

No município de Pacaraima existem duas principais UBS, a Unidade Básica de Saúde Telmário Gouveia Coelho, cadastrada em 2011 que realiza atividade ambulatorial e é composta por 14 profissionais, sendo 2 estatutários e 12 temporários. Já a UBS Maria dos Anjos Pimentel Guerreiro, localizada na sede do município de Pacaraima conta com 55 profissionais de Saúde, onde 44 são temporários, e 11 são estatutários (RORAIMA, 2019).

O fato de a maioria dos profissionais não serem concursados gera diversos problemas, sobretudo com relação a alta rotatividade desses profissionais, O relatório do MS/RR mostra que inúmeros documentos e registros necessários para a elaboração de tal relatório haviam sido extraviados e não estavam disponíveis nas UBS. A alegação é de que com a constante troca de profissionais muitos desses dados e materiais desapareceram (RORAIMA, 2019).

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trazemos para o debate neste capítulo algumas reflexões acerca do tema da saúde como direito e aprofundaremos a questão do acesso ou a negação deste direito.

No Brasil, o direito à saúde só foi positivado quarenta anos depois da Declaração dos Direitos Humanos, o que representa um atraso constitucional do Brasil em tratar a saúde como princípio e elemento de cidadania.

O direito à saúde requer uma máxima otimização, condizente com o grau de direitos a ele vinculados. Como já referido, se o direito à saúde é um dos mais completos, sua não efetividade implica forçosamente, no esmorecimento de todos os direitos intercambiavelmente enfeixados em sua imbricação axiológica e dogmática. Vale dizer, se o direito à saúde restar absorto, inanes estarão o direito à vida, a cidadania e autonomia (SCHWARTZ, GLOECKNER, 2003, p. 91).

O direito à saúde está associado ao princípio da dignidade da pessoa humana, princípio este previsto na CF, no inciso III do artigo 1º e no artigo I da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”. A dignidade da pessoa humana é qualidade intrínseca de cada ser humano, o que faz com que seja respeitado e considerado por parte do Estado e da comunidade. A vida é o bem principal do ser humano, o primeiro valor moral e, junto a este nasce a dignidade. No caput do artigo 5º da Constituição Federal de 1988: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”.

Sendo assim, o ser humano tem direito a uma vida digna, não podendo ser sacrificado. A dignidade humana é, pois, o princípio base da saúde. Não há a possibilidade de falar em concretização de direitos fundamentais se o Estado não exercer a sua responsabilidade de planejamento e implementação de políticas públicas eficazes. Com relação à efetividade do direito de acesso à saúde, é importante ressaltar que efetividade e eficácia são conceitos diferentes.

Pode-se definir eficácia como sendo a possibilidade de a norma vigente ser aplicada aos casos concretos e de gerar efeitos jurídicos, enquanto a efetividade (eficácia social) seria como englobar tanto a decisão pela efetiva aplicação da norma, quanto o resultado concreto decorrente, ou não, desta aplicação. Conforme Sarlet (2006, p.294):

O direito à saúde pode ser considerado tanto direito de defesa quanto direito de prestação. Sobre a problemática da eficácia do direito à saúde, deve-se destacar, primeiramente, que nenhuma norma constitucional é desprovida de eficácia e aplicabilidade. Ocorre que a questão da saúde é, sem dúvidas, onde encontra-se a

maior gama de questionamentos. Importante referir que é a dimensão prestacional (positiva) dos direitos sociais o principal argumento contrário à sua judicialização.

O tema dos direitos sociais prestacionais, tais como a saúde, abrangem um conjunto de questões, mas o importante é ressaltar que, tendo uma dimensão positiva, a principal questão é a econômica, já que qualquer prestação tem seu custo. Adiciona-se a isso, o aspecto político, quando o Poder Executivo deixa de implementar políticas públicas adequadas à situação da saúde.

3.1 As teorias que subsidiam a saúde como direito

A primeira grande teoria que discorre sobre o assunto é a Teoria da Máxima Efetividade. De acordo com essa teoria entende-se que, estando o direito positivado na Constituição Federal de 1988, deve este ser efetivado de forma imediata e a qualquer custo. Sendo assim, conforme Marmelstein (2010, p.26),

A interpretação a ser dada deve ser sempre aquela que atinja plenamente o direito fundamental postulado. O ideal seria se, ao se concretizar um direito fundamental, outros não fossem prejudicados, tampouco a situação jurídica de outras pessoas. Nesse sentido, como o direito à saúde tem caráter individual e coletivo ao mesmo tempo. Isso quer dizer que qualquer direito individual a um ato médico concreto ou a um remédio específico está condicionado pela necessidade de o sistema público de saúde funcionar adequadamente como um todo.

Portanto, é necessário analisar cada caso para que a garantia do direito de uma pessoa não afete a coletividade. Adicionalmente é necessário considerar a possibilidade da efetivação daquele direito à saúde pelo Judiciário, através do fornecimento do medicamento necessário, frente à omissão do Executivo na criação de políticas públicas. Evidentemente, se as políticas públicas fossem suficientes, não haveria motivo para o cidadão ser obrigado a recorrer ao Judiciário, para que tenha assegurado o seu direito.

A segunda teoria é a Teoria do Mínimo Existencial. Essa teoria surgiu na Alemanha, quando o Tribunal Constitucional alemão publicou três decisões importantes no que diz respeito aos direitos sociais prestacionais. O objetivo da criação dessa teoria foi a possibilidade de o indivíduo assegurar seu direito subjetivo contra o Poder Público, no caso de ocorrência da redução da prestação de direitos básicos, que são os que garantem a existência digna do ser humano. Em outras palavras, o cidadão, a partir da Teoria do Mínimo Existencial, passa a ter uma forma de requerer um mínimo dos meios de sobrevivência ou subsistência, sendo que, no caso de não atendimento desse mínimo, não existiria possibilidade de sobrevivência. Portanto,

há de se perceber que a condição de um mínimo existencial tem ligação direta com dignidade da pessoa humana.

A necessidade de a dignidade estar condicionada com o espaço e com o tempo do padrão socioeconômico de cada Estado, não se pode confundir mínimo existencial com mínimo de sobrevivência, de modo que o último diz respeito à garantia do direito à vida, sem falar nas condições para uma sobrevivência física em condições dignas (SARLET, 2006, p. 296).

No Brasil, ainda que essa não esteja explícita na Carta Magna, pode-se interpretar que ela consta no artº 170 da Constituição Federal de 1988, “a ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna”. Assim sendo, de acordo com Barcellos (2008, p.133):

Pode-se conceituar mínimo existencial como o conjunto de prestações materiais indispensáveis para assegurar ao ser humano uma vida digna, saudável, e que este tem sido identificado como constituindo o núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais, que estaria blindado contra qualquer intervenção do Estado e da sociedade”. (BARCELLOS, 2008, p.133).

Não se pode faltar a efetivar os direitos sociais, no caso do objeto desse trabalho, à saúde, sendo que essa efetivação está relacionada à Reserva do Possível, já que deve existir o mínimo para a garantia da dignidade da pessoa humana. Desta forma, o Judiciário fica com a responsabilidade da correção de distorções que venham a ocorrer contra a razoabilidade e a proporcionalidade. Ainda de acordo com Barcellos (2008, P. 134), o Judiciário pode e deve determinar o fornecimento de medicamentos que compõem o mínimo existencial”.

A terceira é a Teoria da Reserva do Possível. Essa teoria foi criada na Alemanha a partir da decisão chamada Numerus Clausus. O Tribunal Constitucional da Alemanha tomou a decisão de que o direito postulado está sujeito à reserva do possível, significando aquilo que o indivíduo pode esperar da sociedade.

É necessário ter cuidado ao transplantar conceitos constitucionais de outros países, devendo ser interpretados e aplicados, levando-se em consideração as circunstâncias particulares de cada Estado, o que exige muita sensibilidade. Outrossim, percebe-se que a Teoria da Reserva do Possível, em sua origem, não se refere única e exclusivamente a orçamentos e recursos, mas também menciona a condição de razoabilidade como referência principal (KRELL, 2002, p.42).

Com as interpretações que foram feitas ao longo do tempo, essa teoria se transformou em Teoria da Reserva do Financeiramente Possível. Sendo assim, o administrador tem o dever de obedecer aos limites e autorizações determinados em leis orçamentárias, diante do princípio da legalidade da despesa pública, sob pena de incorrer em crime de responsabilidade, sendo

proibida a realização de despesas que ultrapassem o orçamento (artigo 167, inciso II, da Constituição da República).

Para aplicar essa teoria, diante de uma demanda judicial, deve se considerar o que é desejável, dentro do possível economicamente. É importante notar que, caso o Poder Público invoque a Teoria da Reserva do Possível com o objetivo de não cumprir com sua obrigação constitucional, deve provar a inexistência de recursos. Somente depois disso é que o Judiciário poderá se manifestar, de acordo com a razoabilidade.

Existem alguns entendimentos de que é possível se deixar de assegurar um direito fundamental, no caso à saúde, no caso de não haver recursos suficientes. Essa tese é rotineiramente defendida pelas entidades federativas em ações judiciais. Ainda que os direitos fundamentais impliquem em um custo muitas vezes alto, esse fato não pode dificultar a efetivação do direito pela via jurisdicional.

Porém, o julgador, deve ter o máximo cuidado e responsabilidade ao fazê-lo, apoiando-se na análise das provas, o cumprimento da decisão quando deferida no âmbito do Sistema Público de Saúde, a prescrição médica e as alegações trazidas pelos entes da Federação da negativa da prestação (BARCELLOS, 2008).

Assim, não se pode argumentar em Teoria da Reserva do Possível como limitação para que o direito fundamental à saúde seja concretizado, já que a Constituição jamais daria autorização para ofensa à vida, à dignidade da pessoa humana, à integridade física e ao bem-estar das pessoas, predominando-se a organização das contas públicas. Conforme entendimento do Supremo Tribunal Federal, manifestado em voto do Ministro Celso de Mello:

[...] entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, caput e art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo - uma vez configurado esse dilema - que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humana (BRASIL, STF, 1997).

Dessa forma, diante dos diferentes princípios e interesses em questão, evidente que se deve prevalecer aquele que dá maior proteção à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana.

3.2 Política e Sistema de Saúde no Brasil

Em 1988, a Constituição brasileira definiu a saúde como um direito universal e uma responsabilidade do Estado. O progresso em direção à cobertura universal de saúde no Brasil foi alcançado por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990. Com sucessos

e contratempos na implementação de programas e na organização de seu sistema de saúde, o Brasil alcançou acesso quase universal aos serviços de saúde da população. A trajetória do desenvolvimento e expansão do SUS oferece lições valiosas sobre como dimensionar a cobertura universal de saúde em um país altamente desigual, com recursos relativamente baixos alocados aos serviços de saúde pelo governo em comparação com os países de renda média e alta.

A análise dos últimos 30 anos desde o início do SUS mostra que as inovações vão além do desenvolvimento de novos modelos de atenção e destaca a importância de estabelecer estruturas políticas, jurídicas, organizacionais e de gestão, com papéis claramente definidos para o governo federal, e governos locais na governança, planejamento, financiamento e provisão de serviços de saúde.

A expansão do SUS permitiu ao Brasil atender rapidamente às mudanças nas necessidades de saúde da população, com um aumento dramático da cobertura dos serviços de saúde em apenas três décadas. No entanto, apesar de seus sucessos, a análise de cenários futuros sugere a necessidade urgente de enfrentar desigualdades geográficas persistentes, financiamento insuficiente e colaboração abaixo do ideal do setor privado para o setor público.

O SUS implementou várias iniciativas para regular melhor os produtos de saúde e melhorar sua disponibilidade e acessibilidade, incluindo a política de medicamentos genéricos, uma lista de medicamentos essenciais e promoção da produção local de produtos estratégicos para a saúde. O programa nacional de imunização foi ampliado para fornecer 19 vacinas para 20 doenças, representando cerca de 95% de todas as doses dadas à população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

No entanto, gastos catastróficos com medicamentos ainda são a principal causa de sobrecarga no orçamento familiar, afetando principalmente as famílias de baixa renda. A judicialização da assistência à saúde, invocando o direito constitucional à saúde como mecanismo para obrigar o governo fornecer produtos e serviços de saúde, mostrou-se um desafio ao acesso a medicamentos (CAMARGO JUNIOR, 2007).

O SUS contribuiu substancialmente para o aumento do uso de serviços de saúde, melhores resultados de saúde e melhoria da equidade em saúde. Comparado com os países vizinhos da América Latina, outros países de renda média alta e países da Organização para a Saúde, Cooperação e Desenvolvimento Econômico, o Brasil alcançou grandes melhorias no acesso à água e saneamento, cobertura de imunização e expectativa de vida no nascimento. Muitas áreas da saúde passaram e ainda passam por transformações no que diz respeito ao atendimento e ao acesso (CAMARGO JUNIOR, 2007).

Como exemplo podemos citar o caso da saúde mental que, passou e passa por quatro âmbitos distintos, propostos como dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira e são elas: a dimensão Teórico-Conceitual ou Epistemológica, a Técnico-Assistencial, a Jurídico-Política e a Sociocultural. Uma das novas possibilidades é o cuidado. Esse conceito convida os profissionais de saúde, os quais se envolvem com uma diversidade de indivíduos, a cuidarem não de doenças, mas de pessoas.

No Brasil, a configuração das regiões de saúde é institucionalizada pelo modelo federativo em vigor, que condiciona toda a organização do sistema. Nesse modelo, existem fatores polêmicos intrínsecos da competição e cooperação intergovernamental que influenciam o estabelecimento de redes regionalizadas e hierárquicas. Desde o início da década de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) publica periodicamente regulamentos que (re)criam ferramentas de gestão para operacionalizar a regionalização das ações e serviços de saúde (VIANA e LIMA, 2011).

No entanto, toda vez que o governo federal propõe uma nova ferramenta, surgem novas dificuldades de adesão por parte dos gestores municipais e estaduais. Além disso, as constantes mudanças de gestão e governança tendem a promover insegurança institucional, o que pode aumentar assimetrias de informação, incertezas e, conseqüentemente, ações oportunistas, causando maior concorrência entre os agentes envolvidos. A regionalização é a política organizacional que orienta a descentralização das ações e serviços de saúde e o processo de negociação e acordo entre os gestores nos três níveis de governo e para os quais arranjos institucionais e relações políticas administrativas são variáveis que permeiam o planejamento, a gestão e a organização das redes de saúde (VIANA e LIMA, 2011).

A configuração de redes regionais de saúde, com cooperação entre entidades federadas, implica a existência de sequência de informação e recursos financeiros e econômicos resultantes do acordo entre essas entidades através da celebração de “acordos” formais e / ou informais incompletos que, invariavelmente, os tornam menos eficientes.

Recentemente, a regionalização da saúde brasileira pressupõe o entendimento da descentralização de poder concedida pela Constituição Federal de 1988, baseada na interdependência do federalismo implementada e suas implicações no que diz respeito à especificidade da política de saúde. Isso ocorre porque, enquanto o sistema federativo antes da Constituição Federal de 1988 dependia fortemente do relacionamento entre o governo federal e os governos estaduais, sua substituição marca a crescente importância dos governos municipais, seja como implementadores de políticas públicas por delegação e desconcentração

do poder do Estado, ou por sua consagração como entidade federativa investida de plena autonomia.

No Brasil, a “municipalização a todo custo”, em detrimento do controle e da regulamentação exercidos no nível estadual, torna o processo de acordo entre entidades governamentais mais complexo. Os dilemas e os conflitos da organização federativa são de natureza múltipla, particularmente onde a autonomia fiscal e gerencial é combinada com a descentralização por hierarquias de serviços, redes e diferentes funções entre os governos, ainda mais quando associadas ao tamanho da população e a diferentes fontes de infraestrutura de bens e serviços públicos (DAIN, 2007).

A descentralização do SUS na década de 1990 é marcada pelo processo de transferência de recursos e competências para os municípios diretamente do Governo Federal, o principal formulador de políticas e financiador da política de saúde. Esta década também é marcada pela dificuldade na prática de mecanismos de cooperação e disputas por mais recursos entre os governos estaduais e municipais para a gestão dos serviços de saúde (DAIN, 2007).

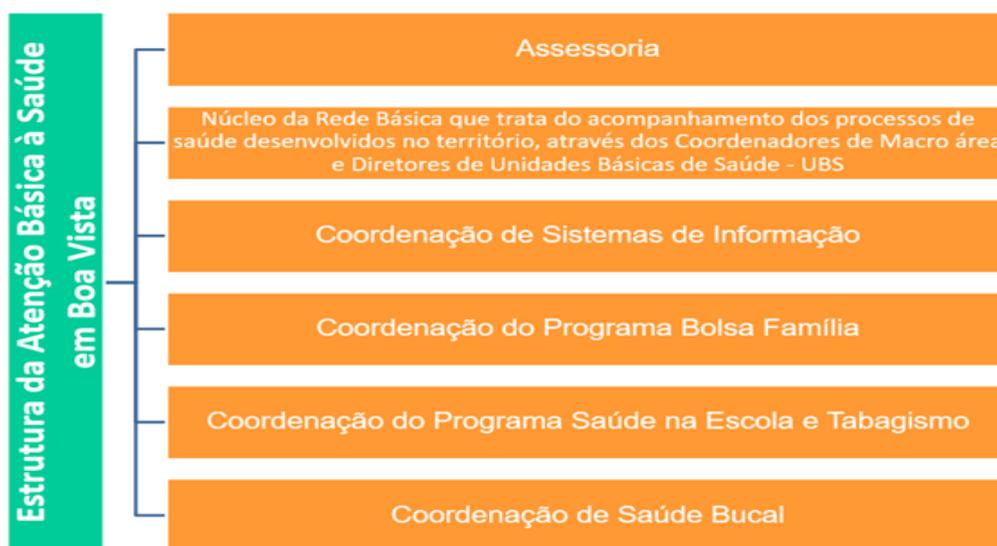
Além disso, a estrutura governamental fortemente municipalizada enfrenta grandes desafios no cumprimento das metas do SUS diante da extrema diversidade e desigualdade da federação brasileira. No entanto, na década de 2000, o conceito de regionalização foi recuperado para implementar a “racionalização do sistema para igualar a fragmentação na prestação de serviços e disparidades de escala e capacidade produtiva existentes entre os municípios, com risco de perda de eficiência e consequente piora dos resultados (DOURADO e ELIAS, 2011).

Nesse contexto, e como principal diretriz da descentralização, a regionalização é retomada como um dos pilares fundamentais do SUS para a estruturação e organização das ações e serviços de saúde. Caracteriza-se também pela consolidação de uma base territorial para o planejamento e organização de redes de saúde regionalizadas e hierárquicas, com densidades tecnológicas distintas e capacidades de prestação de serviços e serviços de saúde (DAIN, 2007).

Segundo as propostas e diretrizes do Ministério da Saúde originárias da Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Atenção Básica tem como características um conjunto de ações de saúde, de cunho individual e coletivo, que contempla promover e proteger a saúde, prevenir agravos, diagnosticar, tratar, reabilitar, reduzir danos e manter a saúde com a finalidade de buscar o desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (RORAIMA, 2017).

No município de Boa Vista (BV), a Atenção Básica está estruturada na gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Figura 02), que organiza os serviços que vão desde assessoria à coordenação de diversos programas de atenção básica à saúde. Já a organização da rede assistencial (Tabela 01) determina a quantidade de agentes e a área de atuação no cumprimento das funções de atenção básica.

Figura 02 – Estrutura da atenção Básica à Saúde em Boa Vista.



Fonte: Roraima (2017).

Em 2015, Boa Vista implementou uma inovação com a ampliação de acesso aos serviços básicos de saúde, pois passou a ter UBS com funcionamento em horário estendido, das 19:00h às 00:00h, objetivando atender os usuários que não tem como ir na UBS por estarem trabalhando durante o dia. Atualmente, a estrutura conta com quatro UBS localizadas em pontos estratégicos da cidade com funcionamento em horário estendido, sendo elas a UBS Olenka, UBS Aygara Motta, UBS Mariano de Andrade e UBS Délio Tupinambá.

Tabela 01 - Organização da rede assistencial de saúde em Boa Vista.

Estrutura	Quantidade
Macro áreas de saúde	8
Equipes de Saúde da Família (ESF)	56
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	32
Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	3

Fonte: RORAIMA (2017).

O Município ainda contratou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Em todas as Unidades Básicas de Saúde já foi implantado o Acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, com o objetivo de melhoria e organização do dos usuários que procuram atendimento nas UBS e garantindo um atendimento resolutivo e humanizado. A Secretaria Municipal de Saúde possui o sistema e-SUS AB implantado em toda a Rede de Atenção Básica de Boa Vista, e implantou também o Telessaúde em todas as Unidades Básicas de Saúde.

3.3 Modelo organizacional da APS no território e atenção primária da estratégia da família

A implementação do SUS marcou uma mudança no modelo de atenção à saúde através da rápida expansão de centros abrangentes de APS e do desenvolvimento de redes de saúde para serviços de saúde mental, atendimento de emergência e serviços ambulatoriais especializados.

O programa de agentes comunitários de saúde foi criado em 1991 para atender as áreas mais pobres do nordeste do Brasil, seguido pelo programa de saúde da família em 1994, que estabeleceu padrões para o número de funcionários das equipes de saúde da família, incluindo um clínico geral, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, e agentes comunitários de saúde, que prestam serviços agudos, promoção da saúde, prevenção de doenças, manejo de doenças crônicas e serviços materno-infantil.

As equipes de saúde da família tornaram-se o núcleo da APS no SUS, com grande expansão nos anos subsequentes. No entanto, o SUS possuía pessoal inadequado, dificultando a expansão equitativa. O número de equipes de saúde da família aumentou progressivamente de cerca de 2000 em 1998 (os primeiros dados disponíveis) para 42975 em 2018,33, aumentando a prestação de serviços de 7 milhões (4% da população) para 130 milhões (62% da população) pessoas, incorporando mais de 264.000 agentes comunitários de saúde e 26.000 equipes de saúde bucal (CASTRO, et. al., 2015).

O conjunto de ações que compõem essas atividades lida com riscos ou fatores determinantes e condicionantes de doenças e problemas de saúde, realiza alguns tipos de investigação, requer análises laboratoriais e pode ser qualificado como bens públicos no campo da saúde, com alto grau de externalidade. As distinções entre eles se devem a um conjunto de causas que vão desde seu desenvolvimento desigual, ao longo do tempo, até sua origem em

diferentes períodos e as diferenças em seus processos de trabalho, onde o mesmo conceito é operacionalizado de diferentes maneiras, por exemplo, território e risco (DE SETA, et. al., 2011).

Na vigilância sanitária, por exemplo, o conceito de território como contexto é válido, mas em sua operação a questão da jurisdição deve ser obedecida para o exercício de seu poder / dever. Estes são vistos como fragmentados, e não como ações diferentes. A recomendação é que eles sejam integrados, e isso ocorreu, em certa medida, com a reforma dos organogramas do departamento de saúde dos municípios e estados, com a criação de departamentos onde as atividades de vigilância estão agrupadas, mesmo que haja variações entre estados e municípios (DE SETA, et. al., 2011).

Em alguns desses departamentos de saúde municipais ou estaduais, eles podem estar unidos em uma subestrutura: vigilância sanitária e ambiental; epidemiológica e ambiental; e vigilância dos trabalhadores; ou eles podem ser individualizados em setores e, às vezes, agrupados com, por exemplo, zoonoses ou controle de vetores ou com a atenção primária à saúde. Eles são reunidos, mas não necessariamente integrados ou suficientemente articulados. Esses quatro componentes da vigilância em saúde estão organizados em dois sistemas nacionais: Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Pública e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O objetivo de constituir um sistema nacional único para todos os componentes da vigilância no campo da saúde se deparou com fatores históricos e legais, que não podem ser desconsiderados, sob pena de perder de vista os pontos fortes de cada um - suas especificidades. O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Pública tem origem no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, formado na década de 1970, e no Centro Nacional de Epidemiologia, criado em 1990, sob a Fundação Nacional de Saúde, e transformado em Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde em 2003 (DALLARI, 2009).

Com os Projetos VigiSUS I (vigilância e controle de doenças) e II (modernização do sistema nacional de vigilância em saúde), a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Pública (DE SETA; REIS, 2011) foi sustentada técnica e financeiramente. Em 2003, no âmbito do Ministério da Saúde, a área conhecida como Epidemiologia e Controle de Doenças (DPI) passa a ser denominada vigilância em saúde, reunindo: ações de: vigilância, prevenção e controle de doenças; coordenação nacional de programas de prevenção e controle de doenças; programa nacional de imunizações; investigação e resposta a surtos de doenças emergentes de importância nacional e coordenação da rede nacional de laboratórios de saúde pública.

A agregação de prevenção e controle de doenças à vigilância epidemiológica é tradicional na América Latina. Em 2007, a coordenação das ações relacionadas à saúde dos trabalhadores, que reuniram várias secretarias e departamentos do Ministério da Saúde, passou a fazer parte do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e dos Trabalhadores. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária foi instituído pela mesma lei que criou a Agência Reguladora de Saúde do Brasil, que tem o dever de coordená-lo (OCDE, 2008).

Existem desafios em sua estrutura, decorrentes da natureza de suas chamadas "atividades típicas", da complexidade do regime federal brasileiro e da necessidade de, fazer parte do campo da saúde, atuar sobre tecnologias e atividades econômicas. Essas últimas funções assumem a forma de uma prática regulatória - que, embora considerada regulação social - por proteger o interesse público da saúde - tem forte repercussão econômica (OCDE, 2008).

3.4 Atenção Primária à Saúde nas UBS e APS em Roraima

A APS se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e de autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Desenvolve-se por meio de exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2012).

A UBS é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a RAS em Roraima, devendo estar localizada próxima de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem. Com isso, desempenha um papel central para a acessibilidade da população à saúde de qualidade, com atribuição de promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2019).

Ao longo de 2016, os dados da Secretaria Municipal de Boa Vista mostram considerável demanda de estrangeiros para APS, com destaque para venezuelanos, haitianos, africanos e guianenses. A maior procura de atendimentos se direcionou para médicos, dentistas, pré-natal, imunização, emissão de cartão do SUS e preservativos, sendo realizados cerca de 1.377 atendimentos gerais para usuários venezuelanos em todas as unidades de saúde, entre os quais 62 se destinaram ao pré-natal. No período de janeiro a agosto de 2017, foram realizados 18.796 atendimentos, em que 4.962 se destinaram às pessoas oriundas da Venezuela (RORAIMA, 2018).

Segundo a estimativa do IBGE (2016), o estado de Roraima possui cerca de 515 mil habitantes e possui 15 (quinze) municípios os quais são: Alto Alegre, Amajari, Boa Vista (Capital), Bonfim, Cantá, Caracaraí, Caroebe, Iracema, Mucajaí, Normandia, Pacaraima, São João da Baliza, São Luiz do Anauá, Rorainópolis e Uiramutã. O mapa a seguir apresenta a organização político-administrativa de Roraima.

Figura 03 - Mapa Político-Administrativo do Estado de Roraima.



Fonte: Roraima (2017).

Para organizar a rede regionalizada e hierarquizada da assistência, a Secretaria de Estado da Saúde de Roraima - SES/RR começou em 2009, por meio de discussões entre gestores municipais, junto a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Roraima – COSEMS a sistematizar este processo com a participação de representantes dos municípios, os quais também, analisaram de forma cooperativa com o Estado possíveis formas de adaptar com critérios baseados no Pacto pela Saúde, a garantia das condições mínimas necessárias para se iniciar um planejamento integrado, sem desprezar os processos em andamento (RORAIMA, 2016).

A partir de então, foram debatidos parâmetros mínimos, possíveis demandas de usuários e recortes territoriais municipais para a planificação do SUS em Roraima. Deste então, a articulação entre os gestores (Municipais e Estaduais) foi determinante na busca da conformação das Regiões de Saúde, com o objetivo de organizar a atenção e garantir a todos os roraimenses um atendimento mais universal, equânime, integral com respeito às diversidades culturais e sob o controle da população.

Nesse contexto, vários foram os momentos que se oportunizaram encontros e reuniões técnicas com representantes da Secretaria de Estado e Municipais de Saúde com observância de apoiadores do Ministério para se propor o desenho das Regiões de Saúde e suas microrregiões conforme preconiza o Pacto pela Saúde, culminando com a Resolução nº 051 de 22 de outubro de 2009 (DOE nº 1178 de 06/11/2009), da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RR, que pactuou a constituição de 02 (duas) Regiões de Saúde: Região Centro Norte e Região Sul que de acordo com o novo desenho da regionalização da saúde contempla os 15 (quinze) Municípios do estado de Roraima (RORAIMA, 2016).

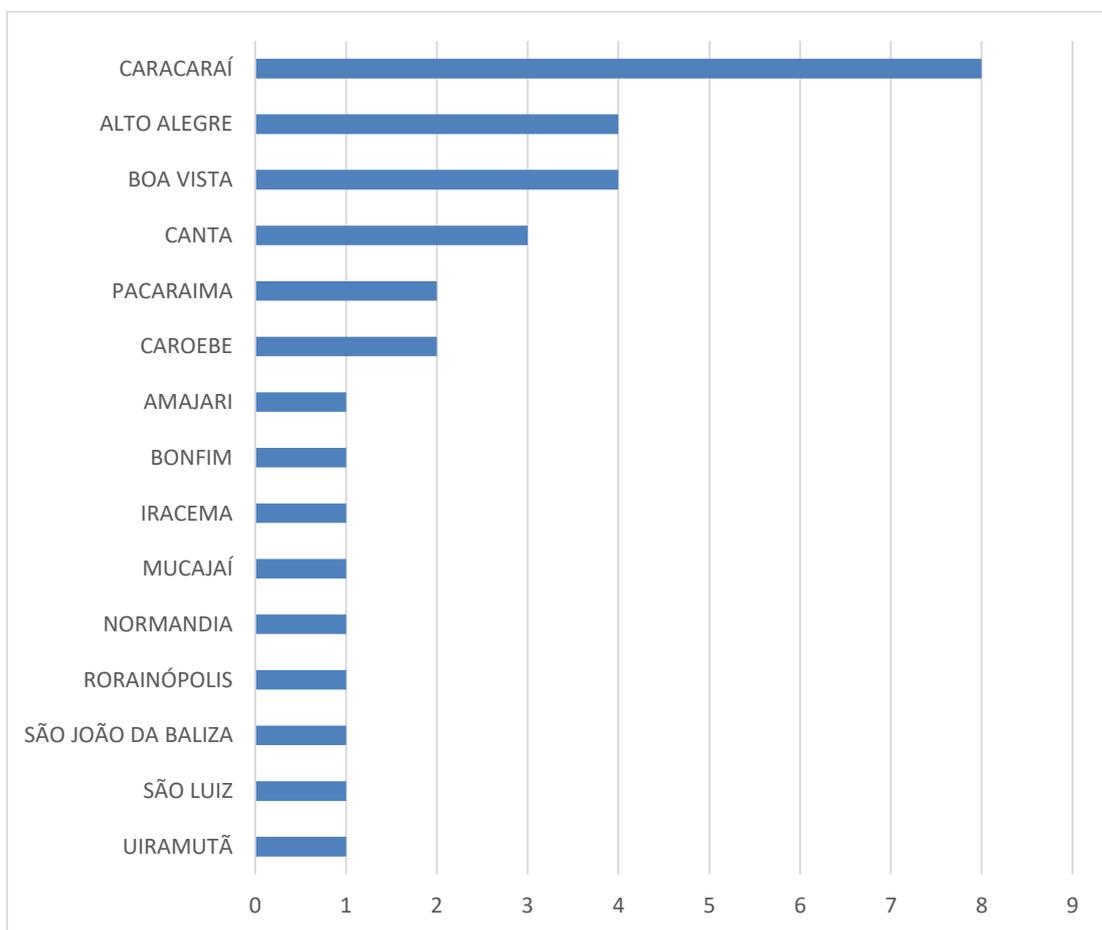
Tabela 02 - Centros de Saúde em Roraima (2020)

Estabelecimento	Município
Centro de Saúde 13 de Maio	Cantá
Centro de Saúde Agenor Paulo da Silva	Alto Alegre
Centro de Saúde Amajau Cachoeirinha	Caracaraí
Centro de Saúde Ana Hipolito dos Santos	Iracema
Centro de Saúde Ana Pereira	Alto Alegre
Centro de Saúde Anfremon Ferreira de Figueiredo	Caracaraí
Centro de Saúde Antonio Pereira da Silva	Alto Alegre
Centro de Saúde Barauana Km 55 BR 170	Caracaraí
Centro de Saúde Claiton da Silva	Caroebe
Centro de Saúde Cristino José da Silva	Bonfim
Centro de Saúde de São João da Baliza	São João da Baliza

Centro de Saúde de Uiramutã	Uiramutã
Centro de Saúde de Vista Alegre	Caracaraí
Centro de Saúde do Corpo de Bombeiros de Roraima	Boa Vista
Centro de Saúde Dra. Maria Yandara	Rorainópolis
Centro de Saúde Edite Cardoso	Mucajaí
Centro de Saúde Iracema Galvão	Normandia
Centro de Saúde Jair da Silva Mota	Amajari
Centro de Saúde Joao Mariano	Alto Alegre
Centro de Saúde José Écio Rodrigues	Cantá
Centro de Saúde Manoel Luiz Rodrigues	Caracaraí
Centro de Saúde Novo Paraiso	Caracaraí
Centro de Saúde Petrolina do Norte	Caracaraí
Centro de Saúde Prisional da Cadeia Feminina	Boa Vista
Centro de Saúde Prisional da Cadeia Masculina	Boa Vista
Centro de Saúde Prisional RR	Boa Vista
Centro de Saúde Regina Ribeiro Paiva	São Luiz
Centro de Saúde Renato Costa Santiago	Caracaraí
Centro de Saúde Sebastiao Rodrigues Silva	Cantá
Centro de Saúde Walter Gomes Portela	Caroebe

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do CNES

Gráfico 01 - Distribuição dos Centros de Saúde em Roraima por Município



FONTE: Elaborado pela autora com base nos dados do CNES (2020).

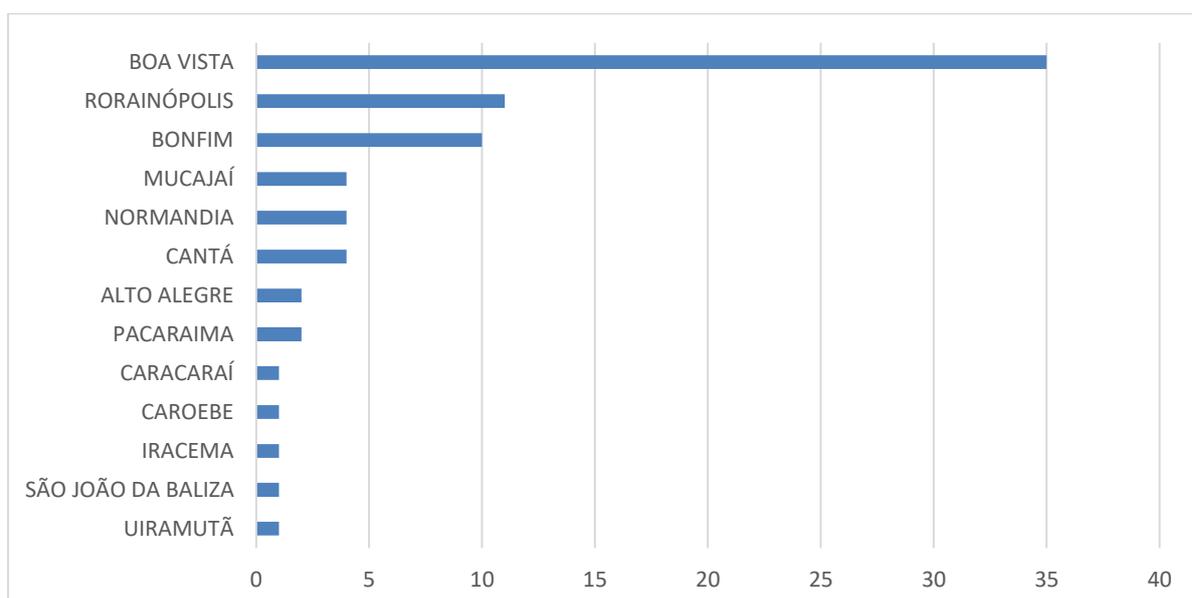
Tabela 03 - UBS em Roraima (2020).

Estabelecimento	Município
UBS Alonso Demétrio dos Santos	Alto Alegre
UBS Antonico Farias Comunidade Indígena Pium	Bonfim
UBS Antônio da Costa Lima	Caroebe
UBS Dalva Oliveira de Souza Comunidade Indígena Moscou	Bonfim
UBS Diminiz Diniz da Silva	Bonfim
UBS Elmar Marcelo Graveiro Holanda	Alto Alegre
UBS Ivanete Pereira De Souza Com Ind Alto Arraia	Bonfim
UBS Kaio João	Normandia
UBS Koko Maria	Normandia
UBS Koko Priscila Gomes Comunidade Indígena Manoá	Bonfim
UBS Manoel Geronimo	Normandia
UBS Nova Esperança	Bonfim
UBS Pajé Jose Gale	Normandia
UBS São Francisco	Bonfim
UBS Tucano	Bonfim
UBS Tuxaua Francisco Agostinho de Oliveira	Bonfim
UBS Vilena	Bonfim
Unidade Básica de Saúde 31 de Marco	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Adilina Maria da Conceição	Mucaja
Unidade Básica de Saúde Alice de Morais Sena	Mucajaí
Unidade Básica de Saúde Anísio Silva	Rorainópolis
Unidade Básica de Saúde Antônio Barroso dos Santos	Rorainópolis
Unidade Básica de Saúde Antonio Carlos Pereira	Rorainópolis
Unidade Básica de Saúde Antonio Lucas de Souza	Rorainópolis
Unidade Básica de Saúde Area de Proteção e Cuidados APC	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Arminda Gomes	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Asa Branca	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Aygara Motta Pereira	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Buritis	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Cambará	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Cinturão Verde	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde David Cavalcante de Lima	Uiramutã
Unidade Básica de Saúde Delio Tupinambá	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Doutor Dalmo Silva Feitosa	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Doutor Dimitri Ramos G. de Araújo	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Doutor Helio Macedo	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Doutor Rubeldimar Maia de A. Cruz	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Doutor Silvio Leite	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Doutor Silvio Lofego Botelho	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Edna Bezerra Diniz	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Equatorial	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Francisco da Silva	Iracema
Unidade Básica de Saúde Gentil Carneiro Brito	Rorainópolis
Unidade Básica de Saúde Ione Santiago	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Jardim Floresta	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Joao Maia Da Silva	Sao João Da Baliza

Unidade Básica de Saúde Jorge Andre Gurjao Vieira	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Jose Rodrigues Bezerra	Mucajaí
Unidade Básica de Saúde Liberdade	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Luiz Alvez da Silva	Rorainópolis
Unidade Básica de Saúde Lupercio Lima Ferreira	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Manoel Luiz Rodrigues	Rorainópolis
Unidade Básica de Saúde Maria Raimunda Batista	Rorainópolis
Unidade Básica de Saúde Mecejana	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Nilza da Silva Souza	Caracaraí
Unidade Básica de Saúde Novo Brasil	Rorainópolis
Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte	Rorainópolis
Unidade Básica de Saúde Olenka Macellaro Thome Vieira	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Pastor Luciano Galdino Rabelo	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Pricumã	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Prof Mariano de Andrade	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Raiar do Sol	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Sabino Paulo da Silva	Mucajaí
Unidade Básica de Saúde Santa Luzia	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Santa Tereza	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde São Vicente	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Sayonara Maria Dantas L. Matos	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Senador Helio Campos	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Tancredo Neves	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Vanderly Nascimento de Souza	Boa Vista
Unidade Básica de Saúde Vila do Equador	Rorainópolis
Unidade Básica de Saúde Maria dos Anjos Pimentel Guerreiro	Pacaraima
Unidade Básica de Saúde Telmario Gouveia Coelho	Pacaraima

Fonte: Elaborado com base nos dados do CNES.

Gráfico 02 – Distribuição das UBS em Roraima por Município (2020).



FONTE: elaborado com base nos dados do CNES.

4. SAÚDE E MIGRAÇÃO EM RORAIMA

Vive-se no mundo, atualmente, um cenário no qual os movimentos migratórios vêm crescendo cada vez mais. Nas últimas décadas as migrações têm aumentado significativamente na América Latina e Caribe na nova rota denominada pelos estudos migratórios recentes de “migrações sul-sul” (BAENINGER, p.135, et al., 2018). Parte desse crescimento deve-se às políticas restritivas dos países europeus, do Japão e dos Estados Unidos que até então eram os principais receptores de boa parte dos migrantes movidos, especialmente pelo trabalho (BAUMAN, 2017).

De acordo com Baeninger (et al., 2018) crescente onda de racismo, intolerância e xenofobia nos países mais ricos que resulta na criminalização das migrações também tem contribuído para reduzir o raio de circulação dos migrantes ou para redefinir as rotas migratórias.

O relatório técnico apresentado por Cavalcanti (et al., 2019), com dados do Ministério da Justiça apontam que, no Brasil, o número de migrantes e refugiados é de aproximadamente 1,2 milhão, sendo o aumento de venezuelanos e haitianos dentre as principais nacionalidades registradas. Deste contingente populacional em situação de mobilidade, o Estado de Roraima registra 4,3% de migrantes, refugiados e deslocados.

Baeninger (et al., 2018) classifica a nova conjuntura migratória mundial como as “migrações Sul-Sul” em especial àquelas ocorridas na América Latina na última década, que refletem a complexidade e diversidade das migrações internacionais, ao mesmo tempo instigam abordagens teórico-metodológicas com vistas à compreensão dos movimentos migratórios entre e para os países latino-americanos. Diante disso, Baeninger, (et al., 2020, p. 2013) alerta que as condições de confinamento ou isolamento social impostas ao mundo global com o agravamento da pandemia, a partir de março de 2020, não foram capazes de interrupção da “era das migrações”, com suas “novas dimensões sociais, econômicas e políticas que poderão (re)configurar os movimentos migratórios internacionais”.

Na Constituição Federal do Brasil, em seu artigo 196 se afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Entretanto, este direito humano fundamental, garantido desde 1948, pela Declaração Universal dos Direitos Humanos que reconheceu a “saúde como direito inalienável de toda e qualquer pessoa e como um valor social a ser

perseguido por toda a humanidade” nem sempre é assegurado aos migrantes, especialmente neste período de pandemia no qual o acesso à saúde tem se tornado cada vez mais restrito.

Mediante este contexto, este relatório tem como objetivo realizar um apanhado geral da situação da saúde dos migrantes nesta região transfronteiriça entre o Brasil e a Venezuela, com especial atenção à condição dos migrantes venezuelanos que, mesmo em meio às intempéries da pandemia da covid-19, continuam a interminável peregrinação desde o país vizinho e para outras regiões do Estado de Roraima ou para outras regiões do Brasil.

As elucidações da migração não compõem novidades nas construções teóricas atuais e tampouco se aplicam às elaborações científicas a respeito dos sujeitos da migração. Em seus estudos sobre migração, Oliveira (2016, p. 50) afirma ser muito comum perceber, “nas teorias migratórias, determinado distanciamento entre a teoria e a realidade dos sujeitos teorizados”. Tais teorias priorizam as abordagens, apresentam o sujeito ativo e consciente de seu papel e nas relações sociais, em a abordagem pode pensar o sujeito das migrações não como uma vítima dos processos sociais, econômicos e políticos impostos de forma arbitrária pelas políticas obrigatórias internacionais. Deve-se, portanto, pensar o migrante como um ser construído, de forma diferente, como categoria sociológica nos mais variados contextos e realidades³.

Dados oficiais do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) informam que entre janeiro de 2015 e maio de 2019, foram registradas oficialmente 254.769 entradas de venezuelanos no Brasil. Destes, mais de 178 mil pessoas realizaram solicitações de refúgio e de residência temporária⁴. A maioria dos migrantes venezuelanos entra no País por Roraima, e se concentram no estado, principalmente nos municípios de Pacaraima e Boa Vista, capital do Estado.

No caso da UNICEF, a organização trabalha prioritariamente com a infância. Neste contexto, vem realizando cinco principais programas, voltados para a educação, proteção, saneamento, saúde e comunicação. No âmbito da educação e proteção da criança, a organização trabalha em parceria o Governo Brasileiro e a sociedade civil, integrando o Programa de Educação e Proteção da Criança à resposta humanitária, através da disponibilização de 23 espaços “Super Panas” em Roraima e Amazonas, onde crianças e adolescentes venezuelanas participam de atividades multidisciplinares gerenciadas por mais de 170 educadores, assistentes sociais e psicólogos (UNICEF, 2021).

³ Sob esses preceitos, a Organização Internacional para as Migrações (OIM), criada em 1951, tem buscado enfrentar os desafios da migração humana, em parceria com os 173 Estados-membros, em prol de ordenação dos processos migratórios, de promoção de benefícios, de assistência e de assessoramento a todos.

⁴ Dados informados na página oficial da UNICEF no Brasil. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>. Consultado em 15/05/2020.

Nesses ambientes, os migrantes recebem apoio psicossocial, educação não-formal e proteção contra violência. Além disso, esses espaços associam as diretrizes do programa de educação e proteção à criança para fortalecer a capacidade do sistema brasileiro de garantia de direitos à infância. No âmbito da saúde, sob o argumento de que com o aumento significativo dos migrantes, as instituições de saúde em Roraima ficam cada vez mais superlotadas e enfrentam dificuldades para garantir um atendimento adequado a essa população. O UNICEF tem trabalhado no sentido de fortalecer o monitoramento nutricional e o acesso aos serviços de Atenção Primária de saúde para crianças e gestantes migrantes e refugiadas (UNICEF, 2021).

De acordo com a própria organização, até setembro de 2019, quase 03 mil crianças entre 06 meses e 05 anos de idade receberam suplementação nutricional para prevenção de desnutrição. Além disso, 500 mulheres grávidas e lactantes foram atendidas com tabletes de micronutrientes (incluindo ferro e ácido fólico). As equipes de nutricionistas, enfermeiras e monitores têm por objetivo facilitar o acesso de crianças, adolescentes e gestantes à vacinação, além de realizarem atendimento primário de saúde nos abrigos, contribuindo para desafogar as UBS dos municípios de Boa Vista e Pacaraima. Neste cenário estima-se que a atuação do UNICEF tenha atingido aproximadamente 6 mil crianças migrantes, além de atualizar a vacinação em acordo com os padrões brasileiros de cerca de 2,8 mil migrantes (UNICEF, 2021).

Com relação ao saneamento, o UNICEF desenvolveu o programa de água, saneamento e higiene (WASH, na sigla em inglês) que vem atuando no sentido de garantir o abastecimento de água segura dentro e fora dos abrigos, trabalha com a gestão de esgotos e resíduos sólidos, controle de vetores, promoção de higiene e em situações de surtos de doenças. O programa atua em 9 abrigos e repassa para uma média de 6 mil migrantes um suporte financeiro para a compra de itens básicos de higiene adequados às necessidades.

Na cidade de Boa Vista, se concentram as ações de documentação e acolhimento institucional aos migrantes solicitantes de refúgio e de residência temporária. Os trabalhos são coordenados pela Operação Acolhida que representa uma “força-tarefa humanitária executada e coordenada pelo Governo Federal, através das Forças Armadas, pois é coordenada pelo Ministério da Defesa, com o apoio de agências da ONU e de mais de 100 entidades da sociedade civil oferece assistência, principalmente emergencial, aos migrantes venezuelanos que entram no Brasil pela fronteira com Roraima”⁵.

⁵ Definição apresentada na página oficial da Operação Acolhida no site do Governo Federal disponível em: <https://www.gov.br/acolhida/historico/> Consultado em 15/05/2020.

Atualmente, Boa Vista conta com mais de 07 abrigos oficiais para acolhimento temporário e aproximadamente 5 mil migrantes, solicitantes de refúgio e refugiados⁶. Estima-se que, conforme dados disponibilizados pelo SISMIGRA em 2019, 67.444 venezuelanos residindo em Boa Vista, o estado de Roraima teria segundo essa mesma fonte, 83.220 venezuelanos (BAENINGER et al., 2020). Outra estimativa relevante foi feita pelo UNICEF (2021) no começo de 2020, na qual apresentou que aproximadamente 1,5 mil pessoas viviam em situação de rua na capital⁷. Estas cifras revelam que Roraima e a Amazônia encontram-se profundamente marcadas pela Mobilidade Humana, e tem sido desafiada a acolher, compartilhar, cuidar e integrar os migrantes e refugiados que atualmente alcançam cifras inimagináveis e em uma visão globalizada.

De acordo com Silva (2017), a partir da segunda metade de 2010, a Amazônia passou a figurar entre as regiões com maior mobilidade interna e internacional na América Latina, justamente com o ingresso dos migrantes haitianos. As novas rotas migratórias que circulam no sul da América Latina passando pela Amazônia representam novos deslocamentos oriundos especialmente do Caribe e dos países vizinhos. Representa também a abertura de novas rotas migratórias como o caso da migração venezuelana. Novas dinâmicas migratórias têm sido identificadas nestas novas rotas denominadas pelos estudos migratórios recentes de “migrações sul-sul” (BAENINGER, et. al., 2018) que apontam a permanência das migrações na Pan-Amazônia de forma irreversível (BAENINGER & SILVA, 2018), com importante incremento nas últimas décadas.

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho observou-se o contexto da luta pela saúde pública no Brasil e, como através da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS o Sistema de Saúde brasileiro passou por diversas transformações, a principal delas foi referente a nova organização descentralizada e hierarquizada da saúde. Pode-se dizer que ao menos legalmente o acesso à saúde se tornou muito mais abrangente, ainda que essa abrangência não seja refletida ainda na qualidade dos serviços prestados.

Conforme observou-se nos trabalhos de Milesi (et. al., 2018), Oliveira e Lacerda (2018) e Rodrigues e Sarmiento (2018), existe em Roraima uma situação estrutural de xenofobia que é alimentada pelo poder público e pela mídia local. Diversos problemas históricos e estruturais

⁶ Não se inseriram dados oficiais nessa afirmação, por que está correndo uma reformulação na estrutura de abrigamento e não foram ainda divulgados os dados oficiais atualizados sobre a interiorização, uma das principais ações da Operação Acolhida, continua sendo a principal a execução de suas ações.

⁷ Informes atualizados da UNICEF no Brasil. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>. Consultado em 15/05/2020.

de Roraima relativos à oferta de saúde, educação, segurança, emprego, transporte entre outros tem agora um culpado: o migrante venezuelano.

Sendo assim, no decorrer deste capítulo será realizada inicialmente uma discussão sobre o direito humano de acesso à saúde para migrantes no Brasil. Em seguida será debatida a situação desses migrantes na sociedade roraimense para que enfim sejam analisadas as relações existentes entre a gestão pública da saúde em Roraima no que tange ao aumento do investimento com a chegada dos migrantes e o consequente aumento da arrecadação gerada por eles.

4.1 O direito à saúde para os migrantes no Brasil

O acesso à saúde para os migrantes é garantido pela Constituição Federal de 1988, em seu Art. 196 que estabelece, no artigo 196. Recentemente a Nova Lei de Migração (Lei nº 13.445/2017) realça esse direito. Todavia, apesar de existir o direito à saúde, a efetivação desses direitos é dificultada por uma série de fatores estruturais. Os migrantes são, em geral, mais vulneráveis social e economicamente, sobretudo os recém-chegados, que muitas vezes são obrigados a se submeterem a condições de trabalho insalubres, com salários baixos e condições precárias de moradia (SANTOS, 2016).

Oliveira e Dias (2020) apontam que a situação de deslocamento migratório dos venezuelanos para o Brasil, especialmente entre 2016 e 2019, se deu de forma compulsória e precária favorecendo o surgimento de doenças causadas por pelas más condições de alimentação e do esforço desmedido de pessoas que fizeram longos percursos a pé⁸. Ramos (2009), assegura que as migrações nestas circunstâncias, favorece além de transtornos psicossociais decorrentes das mudanças sociais e do afastamento da família, doenças como depressão, alcoolismo e consumo de drogas.

Tal contexto traz à tona o debate referente à responsabilidade dos Estados em garantir os direitos sociais básicos às populações migrantes, estando incluso o acesso à saúde. É de se esperar que as necessidades de atenção em saúde no Brasil também envolvem os novos migrantes, bem como turistas, brasileiros que residam no exterior, e habitantes de cidades

⁸ Em 02 de março de 2018, as jornalistas Emily Costa e Inaê Brandão afirmam que o G1 acompanhou venezuelanos no trajeto de 215 km entre Pacaraima, na fronteira, e Boa Vista. Sem dinheiro e perspectivas, migrantes fogem da crise na Venezuela e dependem da solidariedade para enfrentar percurso: 'Caminhando sem comer'. A matéria intitulada 'Rota da fome: o caminho dos venezuelanos que enfrentam perigo, falta de comida e de água para chegar a Boa Vista' está disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/rota-da-fome-o-caminho-dos-venezuelanos-que-enfrentam-perigo-falta-de-comida-e-de-agua-para-chegar-a-boa-vista.ghtml> Consultado em 06/04/2021.

fronteiriças. Entretanto, a regulação e aplicação das leis que garantem o acesso à saúde enfrenta diversos problemas (SANTOS e MEDEIROS, 2018).

Mesmo em um contexto marcado pelas migrações, o Brasil é um país que ainda não se reconhece como um país de migração e refúgio, embora seja um país formado por diversas etapas migratórias e que a partir de 2000 começou a receber migrantes dos países vizinhos em maior escala, especialmente haitianos, cubanos e venezuelanos, além de outras nacionalidades. Cavalcanti (et. al., 2019), no recente relatório geral do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra) publicado em 2020, asseguram que,

Alguns fatores conjunturais da economia mundial e da geopolítica foram determinantes para o aumento e consolidação da imigração proveniente do Sul Global no Brasil no início da década. Primeiro, a crise econômica internacional de 2007 nos Estados Unidos, que introduziu uma maior complexidade nos eixos de deslocamento das migrações sul-americanas, especialmente no Brasil (CAVALCANTI et. al., 2019, p. 9).

Inserida nesta nova dinâmica migratória, as fronteiras da Amazônia figuram como as principais rotas de entrada de migrantes na região centro-sul da América Latina. O rápido crescimento das migrações revela a falta de políticas públicas e a preparação da sociedade para conviver com esta nova conjuntura migratória que tende a permanecer (OLIVEIRA, 2016). Esta situação tem resultado em uma limitada percepção social, envolta em ideais discriminatórios com os migrantes (sobretudo aqueles de países menos desenvolvidos) gerando repercussões na qualidade de vida, tanto da população migrante quanto da população local.

De acordo com Silva (2020) o crescente aumento das migrações venezuelanas trouxe à tona diversas questões relacionadas à xenofobia. Com relação ao município de Pacaraima, o mesmo, que já era habituado à dinâmica transnacional foi um dos que mais sofreu com o aumento da migração. Para a autora, a resposta dada pelas autoridades federais e locais estimulou o discurso xenofóbico:

Com a justificativa de organizar o intenso fluxo migratório ocasionado pela crise social e econômica na Venezuela, Suely Campos, governadora de Roraima na época, publicou em 4 de dezembro de 2017, o Decreto Estadual n.º 24.469-E, declarando situação de emergência social. Dessa forma, os migrantes que se concentravam nas ruas, praças e estabelecimentos públicos, passaram a ser acomodados em abrigos criados pelo governo estadual, com o auxílio de entidades não governamentais, como ONGs e instituições religiosas. [...] a repetição das expressões “emergência” e “crise” no texto do decreto indicia um discurso de desastre e ameaça que requer a tomada de decisões urgentes (SILVA, 2020, p.2129).

Silva (2020) pondera que se de um lado esse tipo de discurso mobiliza a sociedade civil e organizações nacionais e internacionais, de outro, contribui para legitimar discursos e práticas intervencionistas em nome da ação humanitária, principalmente sob o comando das Forças Armadas. Sendo assim, essa narrativa criada para a obtenção de recursos logísticos e financeiros também colaborou para a difusão de atos violentos e uma onda de xenofobia em meio a um cenário de caos já instaurado em Pacaraima e em outros municípios de Roraima.

Analisando outros trabalhos sobre a questão, a autora demonstra que nos meses que precederam as eleições de 2018 foram registrados cerca de 16 casos por dia de crimes por intolerância racial, religiosa, social, de gênero e de etnia, indicando que desde o ano de 2015, os casos de xenofobia em Roraima aumentaram cerca de 63% e somente 1% destes casos acabaram se tornando ações judiciais. Além disso, ela afirma que desde o início de 2018, vêm sendo registrados inúmeros ataques e crimes com motivação xenofóbica aos migrantes venezuelanos em Roraima nas redes sociais e no cotidiano da sociedade roraimense:

Conforme matéria publicada em 22 de março de 2018 pelo Nexo Jornal, em 05 de fevereiro daquele ano, um homem lançou uma bomba incendiária contra uma casa onde viviam 31 venezuelanos. No dia 19 de março de 2018, um grupo de 300 brasileiros queimou os pertences e expulsou 200 venezuelanos de um abrigo em Boa Vista. Em 18 de agosto de 2018, um grupo de brasileiros com fogo, bombas e pauladas expulsou cerca de 1.200 venezuelanos que estavam acampados na fronteira de Pacaraima (RR). As agressões contra a vida de venezuelanos continuaram em 2019, como denunciou a reportagem de 28 de novembro de 2019 do Jornal The Intercept Brasil – dois venezuelanos (um com 28 anos e outro com 51) foram assassinados enquanto dormiam nas ruas da capital roraimense. Esses são apenas alguns dos inúmeros casos de xenofobia ocorridos contra migrantes e refugiados venezuelanos instalados em Roraima (SILVA, 2020, p. 2130).

De acordo com a autora, para além dos significados tradicionais da xenofobia, esta implica também na desconfiança e preconceito em relação às pessoas estranhas ao país e às construções culturais daqueles que se consideram como estando em seu território. Desta forma, o racismo, além de ter relação direta com a onda de nacionalismo no Brasil, funciona como um elemento que tradicionalmente orientou as políticas de migração. Com relação ao populismo, este atua potencializando medos e ressentimentos na população e constrói sua hegemonia.

Por fim, Silva (2020, p. 2131) afirma que:

A xenofobia e o discurso de ódio contra migrantes representam um dos maiores problemas sociais decorrentes dos fluxos migratórios, em que imigrantes e/ou refugiados são alvos frequentes de discursos de ódio ou vítimas de violentos ataques físicos. Em um cenário que legitima a impunidade e as violações dos direitos humanos dos migrantes de crise, diferentes razões têm impulsionado ações xenofobas no Brasil. Entre as principais podem estar a ascensão de grupos conservadores no país⁸ e o crescente aumento de discursos nacionalistas bombardeados na mídia tradicional e nos sites de redes sociais, especialmente, a propagação de fake news durante/após as eleições de 2018.

Com relação ao direito à saúde das populações migrantes, a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende a saúde como um dos direitos fundamentais de todo ser humano. O acesso aos serviços de saúde é um dos direitos fundamentais de todo ser humano. A Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), de 1948, também se posiciona a favor da premissa da universalidade e equidade no que se refere ao acesso à saúde (ONU, 1999).

Branco (2009) demonstra que o mundo vive um processo de aceleração dos deslocamentos, decorrentes da globalização. Nesse contexto, o autor afirma que a saúde é afetada, principalmente no que tange à degradação ambiental, ao impacto sanitário e epidemiológico e à transnacionalização dos serviços. Sendo assim há a necessidade de que a atenção em saúde também seja globalizada, se adaptando aos novos tempos.

O conceito de saúde global como uma atenção em prol de um bem público mundial que transcende fronteiras possui grande potencial de crescimento e colaboração na América Latina, sobretudo após a criação e o desenvolvimento do MERCOSUL. As migrações dentre os países latino-americanos aumentaram consideravelmente. Os efeitos da acentuação das migrações impactam nas políticas e nos sistemas de saúde, dessa forma deve se estabelecer políticas e estratégias de saúde integradoras e sustentadas, que produzam efeitos reais na redução de riscos e vulnerabilidades e permitam obter ganhos efetivos de saúde nestas comunidades, assim como nas comunidades de acolhimento. No Brasil, a partir da criação do SUS essas discussões sobre saúde global começam a acontecer. Sua organização:

Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços ao usuário do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 531).

Conforme afirma Branco (2009), não existe uma regulamentação específica no SUS que trate, especificamente, dos migrantes, excetuando acordos estabelecidos com países vizinhos, acordos estes que em muitos casos não são aplicáveis. A Afirmação supramencionada, descrita no Art. 196 da Constituição Federal de 1988, garante a todos o direito do acesso à saúde e igual tratamento. Todavia, o ‘todos’ expresso em tal artigo gera divergências de interpretação por parte dos gestores públicos e operadores do direito.

Branco (2009) faz esse questionamento, se esse ‘todos’ representa todos os brasileiros natos e naturalizados ou se o migrante está incluso nesse ‘todos’. Para ele, a diversidade de interpretações da lei gera grandes conflitos e em muitos casos, o migrante que lhe tem negado o atendimento não encontra meios de acionar a justiça brasileira. Além disso, a falta de

objetividade na legislação gera grandes dificuldades aos municípios que autorizam o atendimento de migrantes no sistema de saúde, uma vez que nem o Estado, nem a União reconhecem esse atendimento com relação ao repasse de recursos para as despesas do atendimento à população.

Contudo, a autora também pondera que o fato de a Constituição Federal de 1988 ser uma constituição cidadã não deveria gerar margem para esse tipo de interpretação. Apesar disso, ela considera que, tanto por parte de atores públicos como políticos, há uma assimetria no entendimento e interpretação das leis e da Constituição Federal de 1988 com relação aos atendimentos discutidos.

Uma prova disso é o fato de que os municípios enfrentam esses entraves administrativos e econômicos, uma vez que os recursos recebidos por eles para financiar as ações de Atenção Básica são calculados pelo Ministério da Saúde com base em um valor per capita, com base domiciliar nacional, de modo esses não recebem recursos para o atendimento da população migrante e no caso de cidades fronteiriças, nem do brasileiro que reside do lado estrangeiro da fronteira. Ao mesmo tempo, se o município se negar a atender o estrangeiro, pode responder por omissão de socorro (BRANCO, 2009).

Em outro debate, Santos e Medeiros (2018) discutindo sobre a situação do acesso à saúde por estrangeiros, explanam sobre casos jurídicos ocorridos quando a partir de 2004, com a instituição do cartão do SUS, alguns municípios fronteiriços passaram a negar o atendimento a migrantes devido à falta da documentação e alegando que não havia no sistema de saúde brasileiro alguma resolução que compensasse financeiramente os municípios com relação a esses atendimentos. Contudo na grande maioria dos casos que foram judicializados as decisões deram provimento aos pedidos dos migrantes e em algumas delas questionou-se a falta da distribuição de recursos pelo poder público para este fim.

A Portaria que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão) estabelece, no Art. 4º, como objetivos do Sistema Cartão “possibilitar o cadastramento dos usuários das ações e serviços de saúde, com validade nacional e base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do seu titular”, e explica no Art. 23 que “No caso de brasileiros residentes no exterior e de estrangeiros não residentes no país, será registrado como endereço de domicílio permanente apenas o país e a cidade de residência” (BRASIL, 2011).

Portanto podemos concluir que existe no Brasil uma legislação que possibilita o acesso à saúde por parte dos migrantes, no entanto, na organização prática do SUS, ainda existem muitas lacunas práticas para a realização desses direitos, a principal delas é o financiamento dos custos que esses atendimentos oneram os cofres públicos. Apesar disso, trabalhos como o

de Barreto (2018) nos mostram que, se por um lado a chegada do migrante gera um custo para os cofres públicos, por outro, gera também um aumento na arrecadação para o Estado de destino do migrante.

A questão em voga é a necessidade de que se estabeleçam leis mais específicas para esta situação de forma em que tal confusão seja resolvida, uma vez que a omissão do Estado brasileiro, através do SUS, gera graves repercussões para a sociedade como um todo, além de inúmeros problemas de saúde pública. À medida em que a população migrante cresce e necessita dos serviços do SUS e estes não são financiados pelo Estado, ocorrem consequentes problemas como superlotação, falta de remédios, profissionais e unidades de atendimento. Neste contexto é comum as populações locais colocarem a ‘culpa’ dos problemas de saúde nas populações migrantes. A falta de acesso à saúde para os migrantes também faz com que esses acabam utilizando de métodos clandestinos e não convencionais de medicina, agravando ainda mais os problemas.

4.2 Os Migrantes Venezuelanos e a Saúde em Roraima

Barreto (2021) observa que a migração venezuelana se caracteriza pela migração de sobrevivência, uma vez que os venezuelanos que fogem da fome e da miséria do país mergulham numa grave crise política e socioeconômica agravada pela falta de assistência médica. O tema da migração por sobrevivência é uma das principais características da dinâmica migratória transfronteiriça.

A “migração por sobrevivência”, categoria de análise relativamente nova nos estudos migratórios, considera os elementos de sobrevivência como impulsores dos deslocamentos forçados de milhares de venezuelanos que se espalharam por toda América Latina em busca de melhores condições de vida.

Nesse sentido, os migrantes que chegam da Venezuela são sujeitos de direitos e não perderam sua dignidade humana por causa da migração, faz parte do conjunto dos Direitos Humanos garantidos a toda e qualquer pessoa (OLIVEIRA, 2018). O Brasil tem recebido a maioria destes migrantes que, entram pela fronteira na cidade de Pacaraima no Estado de Roraima, em busca de melhores condições de vida ou mesmo para escapar da fome. Embora a migração não leve necessariamente a ameaças à saúde, a sobrecarga do sistema não pode ser a razão de restrições automáticas ao atendimento aos migrantes, pois isso representa uma grave violação dos direitos humanos (ROA, 2018). Neste contexto, pode-se concluir que Roraima enfrenta um dos maiores desafios de sua história: acolher e integrar parte dos milhares

de migrantes venezuelanos e garantir-lhe acesso aos direitos básicos como saúde, alimentação, moradia e educação. Conseqüentemente, Boa Vista, a capital do Estado, busca construir estratégias para acolher e melhorar as condições dos migrantes (BARRETO, 2018).

De acordo com Melo et. al. (2020), a utilização dos serviços de saúde brasileiros por cidadãos dos países vizinhos tem se tornado uma preocupação cada vez maior das autoridades envolvidas, uma vez que, na medida em que aumenta a demandas por serviços de saúde, aumenta também a possibilidade de sobrecarregar o sistema, visto que ele já é deficitário.

Em linha com esse pensamento e justificando os importantes reflexos orçamentários que poderiam ser gerados pela migração venezuelana em Roraima, especialmente no setor saúde, o governo estadual decretou emergência de saúde pública nos municípios de Pacaraima e Boa Vista (RORAIMA, 2020).

Assim, o sistema de saúde local enfrenta o desafio de universalizar o acesso aos serviços de saúde de qualidade para os migrantes e impactar o mínimo possível nas condições de acesso e eficiência dos serviços já recebidos pelos brasileiros (MELO, et. al., 2020).

O trabalho de descrever os motivos pelos quais os venezuelanos migram, relacionando os problemas enfrentados por eles e elas em seu país com os possíveis atrativos que o Brasil oferece para esses migrantes, seria um trabalho complexo, principalmente porque exigiria mais tempo de estudo e pesquisa de campo sobre o tema⁹. Todavia, se não podemos saber com exata precisão quais são esses motivos, podemos, à luz das teorias da migração e com estudos sobre a migração venezuelana para Roraima, traçar um perfil, um paralelo, realizar considerações sobre essa migração.

Existem várias teorias que permeiam os estudos migratórios, em geral de acordo com Santos (et. al.,2010) essas teorias podem ser divididas em dois grandes blocos teóricos, o das teorias microssociológicas, divididas entre a teoria microeconômica neoclássica, teoria do capital humano, teoria dos novos economistas da migração do trabalho; teorias que são baseadas em um modelo de trabalho com foco na família e no domicílio.

As teorias denominadas de microssociológicas, descrevem os processos migratórios como resultado de escolhas individuais, sejam escolhas racionalmente suportadas (teoria neoclássica) ou investimentos estratégicos no futuro (teoria do capital humano). Neste contexto o processo migratório é constituído por uma série de decisões individuais tomadas por agentes racionais que procuram melhorar a sua condição individual (PEIXOTO, 2004).

⁹ O que não foi realizado nesta pesquisa que pautou-se pelo estudo bibliográfico considerando o longo período da pandemia que inviabilizou pesquisas de campo.

Já as teorias macrosociológicas dividem-se, em geral entre a Teoria da seletividade dos migrantes, a Teoria Macroeconômica Neoclássica, as teorias do tipo Histórico-Estruturalista, além das teorias que versam sobre o princípio da causalidade cumulativa e o papel exercido pelas redes sociais e a vertente teórica de análises institucionais (PEIXOTO, 2004). A base conceitual dessas teorias é que elas privilegiam o processo de migração coletiva como fator determinante para o estudo migratório. Neste caso são as macroestruturas sociais que condicionam, sob diversas formas, as decisões migratórias dos agentes sociais e dos indivíduos. Apesar de não haver uma distinção clara nem separação entre esses tipos de migração (individual e coletiva), é possível diferenciar conceitualmente as teorias micro e macro (PEIXOTO, 2004).

Enquanto as teorias micro são sustentadas por uma concepção de que a decisão de migrar é individual e diz respeito a uma migração, em geral planejada e direcionada, as teorias macro são sustentadas principalmente pelas teorias das escolas estruturalistas-funcionalistas e pelas teorias marxistas e neomarxistas, que acreditam que existem forças estruturais sociais maiores, que interferem e muitas vezes determinam a ação individual de migrar. No campo das teorias sobre migrações, essas correntes são, por vezes, designadas como histórico-estruturalistas, uma vez que no seio dessas teorias o caráter estruturalista é analisado simultaneamente com as variações espaço-temporais das características das migrações (PEIXOTO, 2004).

De acordo com dados da FGV/DAPP (2020) que compila dados de diversos órgãos e instituições que atuam no contexto da migração venezuelana, desde 2015 até o final de 2019, 4,7 milhões de venezuelanos abandonaram aquele país; destes, cerca de 264 mil solicitaram refúgio ou residência em Roraima. Desse montante, até 2019, haviam sido interiorizados oficialmente, através da Operação Acolhida¹⁰, cerca de 27 mil venezuelanos. Todavia, acredita-se que uma ordem de 25 mil realizaram interiorização por conta própria. Sendo assim, estima-se que, até o final de 2019, já havia cerca de 200 mil venezuelanos em Roraima, sendo que a maioria (cerca de 75%) viviam então na capital Boa Vista.

Trata-se de uma migração forçada por um contexto político e econômico exógeno e coletivo que está muito mais ligado aos pressupostos das teorias histórico-estruturalistas. Abrahão (2019, p. 20) em sua dissertação de mestrado que versa sobre os pedidos de refúgio de venezuelanos em Roraima, nos fala sobre essa relação entre fatores de expulsão e de atração:

¹⁰ A Operação Acolhida constitui-se como uma operação coordenada pelo Estado, através do Exército Brasileiro, que reúne as diversas instituições governamentais e não governamentais que atuam no processo de interiorização e assistência dos migrantes venezuelanos em Roraima.

No contexto migratório de venezuelanos em Roraima, os fatores de expulsão dos migrantes oriundos da Venezuela são muito mais significativos que o fator de atração. A grave crise econômica que assola o país impulsiona a imigração. Por outro lado, em Roraima, os fatores de atração não estão na mesma ordem, ao contrário, não há emprego suficiente para todos os migrantes, o idioma português é diferente e a cultura é distinta (ABRAHÃO, 2019, p. 20).

Baeninger (2018), observa que o movimento migratório se torna realmente volumoso a partir do ano de 2016 e relaciona a modalidade de migração com os “fatores de estagnação”, uma vez que “com o acirramento da crise econômica no país de origem conduziram a chegada pela fronteira de populações de classe média, num primeiro momento, e, mais recentemente, de uma população venezuelana empobrecida” (BAENINGER, 2018 p. 137).

Rodrigues & Sarmiento (2018), discutiram os paradoxos de acolhimento de migrantes venezuelanos em Roraima e realizaram um amplo debate sobre violência e xenofobia na sociedade roraimense. As referidas autoras demonstram diversas reações negativas e xenófobas da população de Roraima com esses migrantes e evidenciam a forma como a sociedade roraimense culpa os venezuelanos por diversos problemas¹¹, dentre os quais, o aumento da violência, a superlotação do sistema de saúde, o aumento de moradores de rua, fechamento das fronteiras.

No decorrer de suas análises as pesquisadoras em questão fazem uma analogia do perfil da vulnerabilidade social dos migrantes venezuelanos com as populações socialmente mais vulneráveis do Brasil. A partir desta analogia, evidenciam a realidade do contexto da migração com a atuação do capital, em nível de sistema-mundo, apontando para um contexto de crise migratória mundial em um contexto de análise histórico estruturalista. Ao comparar a realidade dos migrantes venezuelanos em Roraima e o tratamento dado a eles com as populações brasileiras vulneráveis, as autoras minimizam a ‘rivalização’ e demonstram a atuação de forças exógenas que vão além da nacionalidade de um ou de outro.

A população pobre brasileira se enfrenta cotidianamente, nas periferias das cidades nacionais e no campo, com as mesmas condições de existência relegadas aos migrantes pobres que chegam ao Brasil pelo estado de Roraima. Isto é, negligências, maus tratos, desrespeito, violência simbólica e física, nos hospitais, outros estabelecimentos de saúde e demais estabelecimentos, truculência policial, assassinatos, criminalização etc. Nesse sentido, a crise humanitária venezuelana, oportuniza ampliar o conhecimento sobre a própria sociedade brasileira. E, portanto, cabe pensar se a discriminação contra esses migrantes e refugiados, que às vezes resulta em atos extremamente violentos e às vezes fatais, pode ser traduzida pela palavra xenofobia (RODRIGUES & SARMENTO, 2018, p. 246).

¹¹ problemas esses que já eram estruturais de Roraima, e que existiam, portanto, muito antes da chegada dos venezuelanos.

As autoras buscam demonstrar o caráter mundial da xenofobia e que a aversão a estrangeiros é em geral relacionada à pobreza e à situação de vulnerabilidade social. Não obstante, elas demonstram que o capital, além de impulsionar a migração através da desigualdade econômica própria deste sistema, ainda acaba por fomentar o conflito de classes travestido de xenofobia. Com base nesse pressuposto, as referidas autoras relacionam a crise política e econômica brasileira e mundial com esse contexto e demonstram, por fim, que agentes sociais em Roraima, governo, mídias locais e políticos, acentuam esse discurso ‘xenofóbico’ em benefício próprio.

Em suma, os trabalhos aqui apresentados, debatem apenas algumas questões sobre a realidade das migrações venezuelanas para o Brasil e para Roraima. Existem inúmeros outros autores e inúmeros outros debates, contextos e situações que vêm sendo enfrentadas pela sociedade mundial, brasileira, venezuelana e roraimense em relação aos processos migratórios contemporâneos. O que pretendemos evidenciar aqui é que, para compreender esse contexto tão complexo, existem teorias e métodos capazes de oferecer subsídios para os pesquisadores e pesquisadoras.

Feitas essas considerações, observamos, com base nessas pesquisas sobre as migrações venezuelanas para Roraima, que se trata de migrações forçadas, impelidas por uma grave crise econômica e do capital e que já é vigente em escala global, cujos processos migratórios estão intimamente ligados. O mesmo capital que seleciona lugares e provoca desigualdades, não arca com as consequências desses processos, sendo a sociedade civil, sobretudo as camadas mais vulneráveis, que acabam por ‘pagar a conta’, fato que se nota neste contexto (OLIVEIRA, 2016).

Uma vez que esses migrantes chegam ao seu destino, independente da capacidade de absorção da sociedade em que chegam, eles passam com o tempo a integrar essa sociedade, sobretudo através do trabalho, como demonstra Sayad (1998), em sua teoria dos paradoxos da alteridade; nesse construto teórico, o autor defende a tese de que a principal realização do migrante é a conquista do trabalho, para assim se inserir de fato na sociedade de destino.

Essa realidade é descrita no estudo de Baeninger e Silva (2018), cujas pesquisas mostram muitos imigrantes venezuelanos sobrevivendo nas ruas com a ajuda da população de Boa Vista. Além disso, no mesmo estudo, há reflexões sobre a operação militar brasileira, realizada em conjunto com organizações não governamentais e as Nações Unidas, denominada Operação Acolhida, que acolhe muitos migrantes, refugiados ou não.

4.3 Migração e Saúde: principais confluências

De acordo com Roa (2018) os migrantes venezuelanos apresentam maior fragilidade nas condições de saúde quando comparados aos brasileiros, a Venezuela carece de medicamentos, materiais hospitalares, recursos humanos e financiamento básico, além de determinantes sociais desfavoráveis para a qualidade de vida e saúde da população.

Embora seja difícil o acesso a relatórios confiáveis dos órgãos estatais da Venezuela sobre o seu sistema de saúde, a literatura científica aponta lacunas importantes tais como condições precárias, carência de remédios, de profissionais da área da saúde e insumos tanto no sistema público como privado. A este respeito, Barreto informa que

E no que se refere ao perfil de adoecimento, esses apresentaram certa similaridade entre as causas de internação dos nacionais, no entanto, os migrantes venezuelanos foram mais acometidos por doenças infecciosas e parasitárias, que apareceram como a segunda causa de internações, evidenciando a condição de vulnerabilidade que esses indivíduos vivenciam longe de seus territórios e ratificando que o perfil de migrante por sobrevivência apresenta maior potencial de adoecimento por iniquidades (BARRETO, 2021, p. 257).

Souzedo (2021) em sua dissertação de mestrado que versou sobre a inserção de imigrantes venezuelanos na sociedade roraimense através da educação, defende que há a necessidade de que se considere os migrantes venezuelanos não como temporários e sazonais mas como permanentes, uma vez que muitos desses não mais retornarão ao seu país de origem. Em sua argumentação, o autor expõe que o discurso de sazonalidade da migração faz com que o Estado deixe de construir e realizar ações de inserção desses migrantes na sociedade, no caso, o autor faz referência a falta de planos, recursos e estratégias perenes e não paliativas para a incorporação desses migrantes na sociedade roraimense. Acreditamos que na saúde esse fato também ocorre, isso explica, por exemplo, a falta de investimento no SUS e o aumento de investimentos na OA e nas medidas paliativas de atenção à saúde desses migrantes.

O trabalho realizado por Melo (et. al., 2020), que analisou questões e problemas relacionados à saúde pública demonstrou que o aumento populacional decorrente da imigração (desproporcionalmente elevado), resultou em um colapso no sistema de saúde de Roraima como um todo, sobretudo pelo fato de que a maior parte desses migrantes se encontram em situação econômica extremamente vulnerável:

Somente em 2018, o Ministério da Saúde tomou medidas para aumentar o aporte de recursos federais para a saúde do estado, mediante as Portarias nº 1.384 e 1.385, ambas de 16 de maio. A Portaria nº 1.384 aumentou o incentivo financeiro anual do

PAB fixo (Parcela de Recursos fixa, calculada sobre a população do Município, componente do Piso da Atenção Básica) em R\$ 174.608,00 (cento e setenta mil, seiscentos e oito reais) para Pacaraima e R\$ 333.672,00 (trezentos e trinta e três mil, seiscentos e setenta e dois reais) para Boa Vista, divididos em doze parcelas mensais, das quais a última se deu em maio passado. A Portaria nº 1.385 estabeleceu aporte anual de R\$ 9.600.000,00 (nove milhões e seiscentos mil reais) ao bloco de custeio do Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade do estado de Roraima, também em parcelas mensais que, depreende-se, findaram em maio último (MELO, et. al., 2020, p. 92).

A referidas autoras complementam, demonstrando que não há nenhuma menção do MS com relação a uma nova realocação e repasses extras de recursos para a saúde no contexto da migração. Outro fato importante levantado é o fato de que existem grandes inconsistências nos dados apresentados pelo MS, dando como exemplo dessas inconsistências questões como a cobertura populacional da atenção básica. Segundo esses dados do MS, a cobertura populacional em Pacaraima teria sido de 100% entre 2016 e 2019. Contudo, sabe-se que a população deste município aumentou consideravelmente, todavia, o número de Agentes Comunitários de Saúde permanece o mesmo desde 2014.

Em relatório produzido pelo Ministério da Saúde (2019), após visita que iria avaliar a situação da Atenção Básica no município de Pacaraima, o próprio órgão demonstrou que faltavam medicamentos (antibióticos, dentre outros); materiais de primeiros socorros; equipamentos de laboratório; reagentes para parasitologia; equipamentos de Raio-X em bom estado de funcionamento; eletrocardiograma; desfibrilador; sala de cirurgia: material cirúrgico; máquina para anestesia e maca cirúrgica.

O mesmo relatório mostra também a falta de especialistas como, anestesista, cirurgião, enfermeiro, ginecologista, pediatra, cardiologista, assistente social. E também destaca problemas em estruturas físicas dos hospitais e UBS, problemas como paredes com infiltração, leitos enferrujados e pisos quebrados. Neste contexto, por exemplo, no Hospital Hélio Tupinambá existem apenas 14 leitos disponíveis, entretanto, a capacidade é de 30 leitos de acordo com a estrutura original. Além disso, a cozinha é inoperante e funciona de maneira improvisada em um corredor com bastante infiltração e odor.

Em relação aos dados referentes à Atenção Básica no ano de 2016, Melo (et. al., 2020) demonstra com dados da SESAU que houve um aumento de 110% de atendimentos no Hospital de Pacaraima e de 310% no Hospital Geral de Roraima (HGR), todavia não houve neste período a realização de nenhum concurso público, além do fato de que as políticas não vêm sendo planejadas conforme a legislação determina, que é o planejamento integral e ascendente de modo a atender as novas realidade do território. Os autores demonstram também que esse

aumento no número de atendimentos é totalmente desproporcional quando relacionado com a capacidade instalada, a disponibilidade de materiais e o quantitativo de profissionais de saúde e técnico-administrativos que são insuficientes para a demanda de venezuelanos em tão pouco tempo.

Outro fato levantado por Melo (et. al., 2020) foi o ressurgimento de algumas doenças transmissíveis graves já erradicadas no Brasil como, por exemplo, o Sarampo. Questões como essas fizeram com que o MS assinasse, em 2018, o Plano Integrado de Ações para atendimento em saúde no estado. Construído em conjunto com os governos Estadual e Municipais das cidades de Boa Vista e Pacaraima, esse Plano é resultado de um Grupo de Trabalho (GT), criado em agosto de 2017, para atender ao aumento da demanda nos serviços de saúde devido ao crescimento migratório.

Ao longo de 2016, os dados da Secretaria Municipal de Boa Vista também mostram um aumento considerável na demanda de estrangeiros pela APS. No caso dos venezuelanos, os estudos de Melo (et. al., 2020) demonstram que houve um aumento expressivo de atendimentos a venezuelanos, na ordem de 85%. No período de janeiro a agosto de 2017, por exemplo, foram realizados 18.796 atendimentos, onde 4.962 desses atendimentos se destinaram às pessoas oriundas da Venezuela. Para Melo (et. al., 2020 p. 97)

Esses fatos demonstram a carência de investimentos na ampliação da RAS municipal, de modo a se assegurar o acesso com a qualidade almejada. O crescente fluxo migratório exige da gestão municipal constante reflexão e tomada de decisão estratégica, sob as bases dos princípios de acessibilidade e integralidade do SUS. Trata-se de enorme desafio, quando se considera a crescente demanda e o conjunto de diferentes necessidades dos venezuelanos, que buscam as UBS, cujos processos de cuidar e estruturas foram planejados para a população existente em cada área territorial de Boa Vista.

De acordo com o plano municipal de saúde de Boa Vista/RR, expresso em Roraima (2018), existe uma grande preocupação em relação ao acompanhamento e seguimento dos venezuelanos, principalmente em relação ao atraso do pré-natal, a atualização de vacinas e o controle epidemiológico de agravos, sobretudo com relação aos casos de doenças infectocontagiosas como a Tuberculose, AIDS e Hepatites Virais.

A gestão da APS da Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista se constitui pela Assessoria, Núcleo da Rede Básica, Diretores de UBS, Coordenação de Sistemas de Informação, Coordenação do Programa Bolsa Família, Coordenação do Programa Saúde na Escola e Tabagismo, Coordenação de Saúde Bucal e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Existindo, portanto, 60 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 34 UBS, em

regime de 40 horas semanais, entre as quais, quatro (4) unidades funcionam com horário ampliado para atendimento de segunda a sexta-feira (MELO, et. al., 2020).

Fundamentado em Melo (et. al., 2020), Roraima (2018) em relatórios do MS (2019) se conclui que as UBS não possuem a adequada capacidade instalada e o suficiente quantitativo de profissionais para o atendimento das demandas de saúde advindas do aumento populacional mediante as novas dinâmicas migratórias.

Para o migrante, a saúde é fundamental para que sua integração ao destino seja bem-sucedida. Quando os migrantes chegam ao Brasil, o Estado brasileiro passa a ser responsável pela saúde destes. Neste sentido, a saúde se torna um direito humano e a negligência no atendimento à saúde dos migrantes também pode gerar graves problemas de saúde pública.

Neste contexto existe um debate sobre a questão dos custos e receitas geradas por esses migrantes no que tange ao financiamento da saúde pública. Giovanella (et. al., 2008) demonstram em seus estudos que na área da saúde isso é prática comum no Brasil e que esse debate seja um dos pilares principais na atuação do Estado no contexto migratório. Em geral, a população migrante se torna invisível na etapa de planejamento da saúde.

É comum também o discurso de que as populações migrantes trazem um ônus ao sistema que faz com que a qualidade dos serviços caia consideravelmente. Entretanto, Santos (2016) explica que os estudos mais atuais sobre o assunto desmistificam este discurso, uma vez que mesmo quando ainda não devidamente legalizados os migrantes também geram receitas, muitas vezes superiores aos gastos. Ainda assim, a autora demonstra que ao excluir o migrante do sistema público de saúde pode acarretar a queda nos indicadores básicos de saúde, além de dificultar a detecção e contenção de doenças exógenas que poderiam ser disseminadas a toda população.

O Sistema de Saúde no Brasil após a Constituição Federal de 1988 é regido pelo SUS este, por sua vez, se relaciona com todas as esferas de governo, ou seja, com as 27 Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e com as mais de 5.570 Secretarias Municipais de Saúde. Cada uma dessas esferas possui atribuições específicas, instituídas na CF de 1988 através da legislação infraconstitucional e esta é elaborada gradativamente de acordo com as intercorrências. A esfera municipal é a principal responsável pelos serviços de atenção básica de saúde. A esfera estadual responde pela organização de redes regionais e na organização da cooperação técnica entre os municípios, além de prover serviços de média e alta complexidade (MARQUES, et. al., 2016).

Por outro lado, no âmbito federal, a atuação se dá através do MS, que coordena as ações do SUS e formula a política nacional de saúde, além de regular o sistema público e

privado e organizar a cooperação técnica entre os estados da federação. Também cabe à esfera federal realizar o registro e controle da qualidade de medicamentos, sanitária, de procedimentos e substâncias, a vigilância sanitária aeroportuária, bem como a coordenação nacional dos sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica, de informação, controle, auditoria e avaliação do sistema de saúde (MARQUES, et. al., 2016).

De acordo com Santos (et. al., 2016) o financiamento do SUS é formado integralmente por verbas públicas, oriundos das arrecadações de contribuição previdenciária estaduais e municipais. Para os autores, esses recursos, além de garantir o funcionamento do SUS, atuam no sentido de aliviar os efeitos da crise sobre o emprego. E ainda funciona como um redutor de gastos tributários das famílias e dos empregadores com serviços privados de saúde.

A partir da Portaria n.º 3.992/2017, o repasse de verbas para os estados e municípios passou a ser feito através de dois grandes blocos (custeio e investimento) fato que, de acordo com o governo federal dá maior autonomia para gerir o dinheiro conforme as necessidades da população. Todavia, conforme afirma Barreto (2021 p. 217), “essa mudança pode trazer danos a áreas com menor visibilidade, como a vigilância em saúde e atenção primária, de forma que a distribuição dos recursos tende a ser demanda para áreas como a de média e alta complexidade”.

Os valores repassados pelo SUS são definidos por valores percentuais mínimos e os estados devem aplicar no mínimo 12% de suas receitas de impostos/ano e os municípios 15%, sendo também consideradas para esse cálculo as transferências constitucionais e legais. No caso da esfera federal, a EC 29/2000 definiu que a variação nominal do PIB seria o parâmetro para o cálculo da aplicação mínima (MENDONÇA, et. al., 2018).

Contudo, apesar das disposições legais, Carvalho (2013) realizou um estudo no qual concluiu que esse objetivos legais muitas vezes não são atingidos/cumpridos. Ele atribui esse fato dos baixos investimentos sobretudo às más gestões políticas, gestores despreparados e a falta de conhecimento técnico. O autor demonstra diversas evidências do baixo investimento comparado, por exemplo, o investimento realizado per capita do SUS e da rede privada e comparando os gastos do Brasil com outros países pertencentes à OMS.

Paim (2018) corroborando com as ideias de Carvalho (2013) nos contam que a crise política vivenciada atualmente no Brasil, em conjunto com a EC-95/2016 (PEC da morte) vem tornando a situação do SUS cada vez mais grave, uma vez que com a crise, muitos usuários de sistemas privados migraram para o SUS e a EC 95, por sua vez, congelou os investimentos em saúde por 20 anos, sendo assim, o investimento atual que já era insuficiente ainda foi congelado.

Paim (2018) aponta para esse subfinanciamento do SUS que enfrenta problemas para a manutenção dos serviços e até mesmo para a remuneração dos trabalhadores da saúde, assim como para a devida ampliação da infraestrutura, complementando esses problemas há também uma tendência de privatização do SUS através do investimento em terceirização de serviços com o setor privado. “Essa ação estatal através dos boicotes pelas vias do executivo, do legislativo e do judiciário comprometeu a vigência da concepção de seguridade social, além de facilitar a privatização da saúde” (PAIM, 2018, p. 4).

É mister que os serviços de saúde ofertados pelo SUS nos últimos 30 anos, evoluíram em quantidade, mas não em qualidade. As mudanças no modelo de financiamento e o crescimento dos incentivos ao modelo privado nos levam a um cenário de subfinanciamento e sucateamento do modelo do SUS, visto que o financiamento é um elemento estrutural que alicerça economicamente as práticas do sistema de saúde. É através deste recurso da gestão que se pode garantir a universalidade e a integralidade das ações de saúde (VIACAVA, et al., 2018).

Quando colocamos nestas questões a migração internacional e suas implicações ao SUS o cenário é ainda mais desolador.

Todavia, um cenário parece passar despercebido por essa estratégia, a migração internacional. Os migrantes internacionais, que apesar do direito garantido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e pela Constituição de 1988, não fazem parte do planejamento financeiro, uma vez que a estratégia adotada pelos estados e municípios é o financiamento per capita, onde é contabilizada apenas a população residente (BARRETO, 2021 p.218).

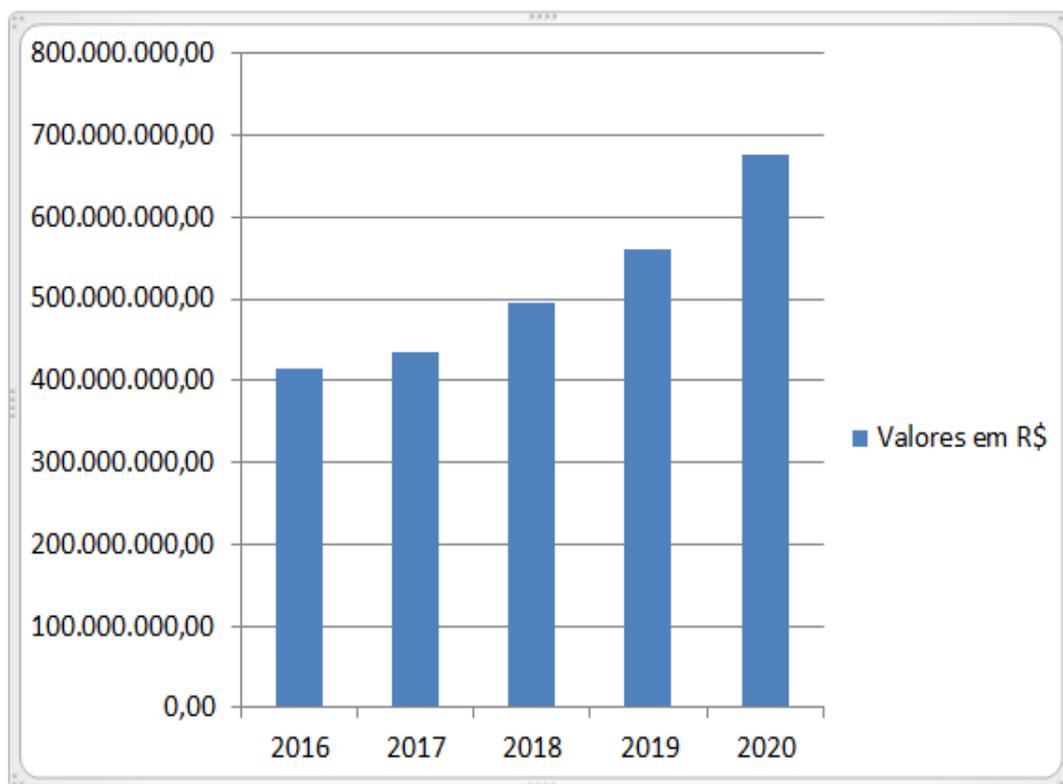
Guerra e Ventura (2017) apontam que a mobilidade humana é um fenômeno mundial, sendo assim a população migrante precisa ser incluída no planejamento das ações de saúde, de forma a garantir o direito ao acesso à saúde desse grupo. Ou seja, o migrante necessita ser reconhecido como sujeito de direito. Para Barreto (2021 p. 219) “o Brasil cumpre com os princípios bioéticos que envolvem a questão migratória e o direito à saúde, mas há, também, um longo caminho a percorrer para superar os obstáculos no cumprimento desse direito”.

A grande questão que está em jogo é o debate entre a possibilidade de aumento das despesas e elevação de custos, em detrimento do movimento dialético proporcionado pelo migrante que também aumenta a arrecadação, além do fato de o migrante pode ser visto como um evidenciador dos problemas preexistentes nos serviços de saúde. Analisar os custos em saúde é uma estratégia fundamental para o planejamento adequado de ações para a criação de políticas públicas voltadas para esse público.

Para um melhor conhecimento desta realidade no município de Boa Vista, frente à migração venezuelana levantaremos e analisaremos os dados totais de receitas e despesas,

gerais e com a saúde do município de Boa Vista/RR e do Fundo Municipal de Saúde. Também serão levantados e analisados dados dos repasses do SUS para a PMBV neste contexto migratório, entre os anos de 2016 e 2020.

**Gráfico 03 – Despesas totais do Município de Boa Vista/RR
– Série Histórica (2016 – 2020)**

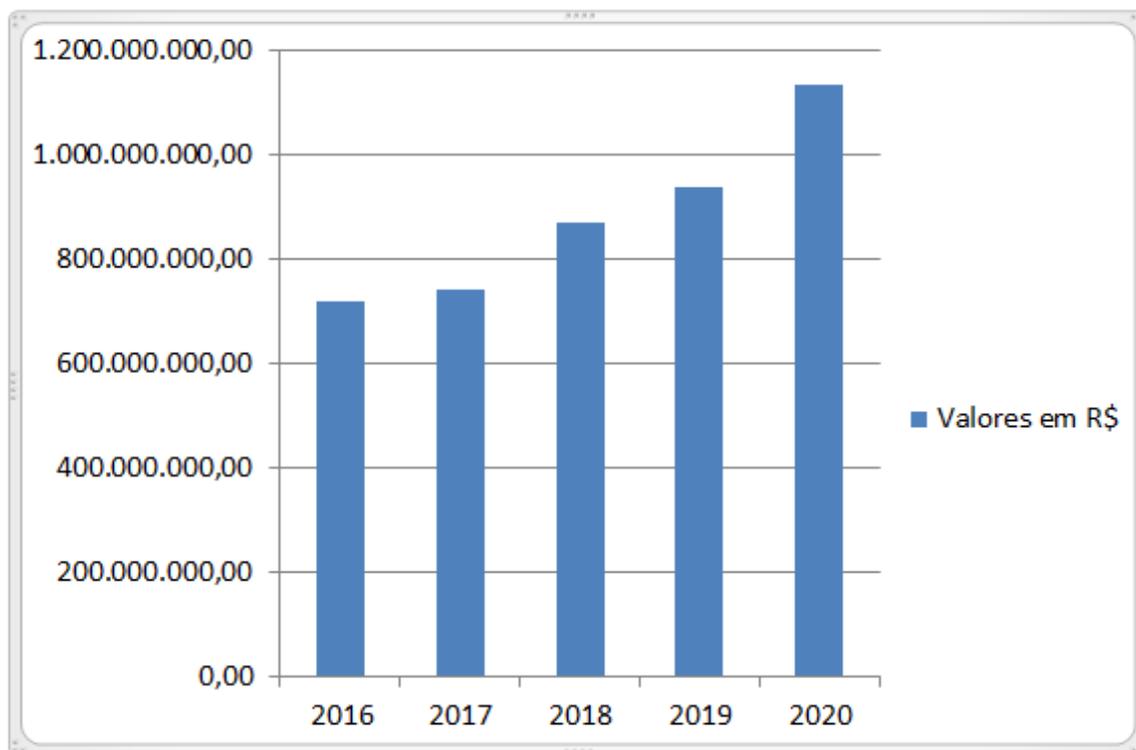


Fonte: Elaborado pela autora baseado em: <https://transparencia.pmbv.rr.gov.br/transparencia/#>

Analisando o gráfico 04, que versa sobre as despesas totais da PMBV, conclui-se que houve um aumento, entre os anos de 2016 e 2020 de 52,6% nas despesas, indo de R\$ 413.942.474,51 em 2016 para R\$ 676.451.426,20 em 2020. Por outro lado, na análise do gráfico 02 que versa sobre as receitas gerais do município nota-se que houve um aumento de 60,3% nas receitas, que em 2016 eram de R\$ 721.213.460,61 e chegaram a R\$ 1.133.707.010,20 em 2020.

Desta forma se confirma a tese de que o Estado pode ter justificado o aumento das receitas baseado na chegada dos migrantes, o que justificou, por exemplo, o decreto de emergência na saúde. Entretanto, este aumento da receita não representa necessariamente melhorias na prestação de serviços na área da saúde. Um dos indicativos é o fato de não haver concurso para contratação efetiva de novos profissionais na área da saúde a partir da chegada dos migrantes.

**Gráfico 04 – Receitas gerais do Município de Boa Vista/RR
– Série Histórica (2016 – 2020)**

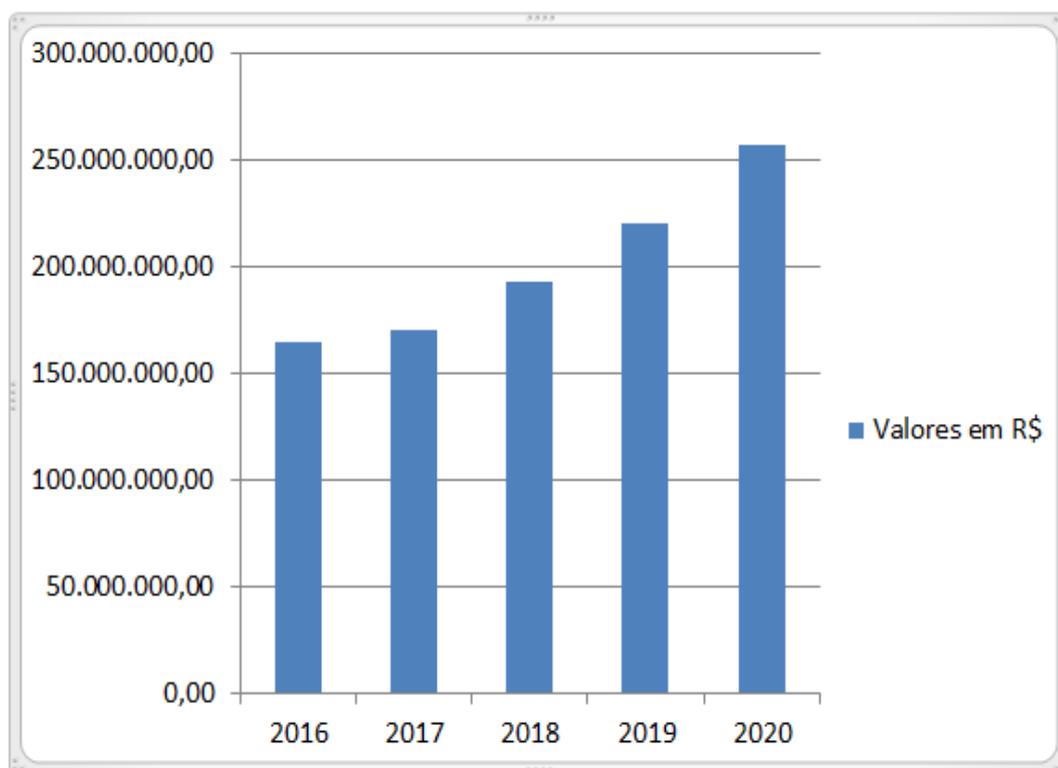


Fonte: Elaborado pela autora baseado em: <https://transparencia.pmbv.rr.gov.br/transparencia/#>

O gráfico 05 apresenta as despesas totais do Fundo de Saúde da PMBV, os dados nos mostram que elas cresceram na ordem de 50,2% entre os anos de 2016 e 2020, uma vez que elas totalizaram R\$ 165.322.392,90 em 2016 e chegaram ao valor de R\$ 256.886.417,65 em 2020. Esta contabilidade aponta a relação entre o aumento da demanda e o aumento dos recursos na área da saúde. Esta informação é importante para desconstruir os discursos institucionais que alegam que o aumento dos migrantes significa caos no sistema de saúde. A xenofobia institucional (OLIVEIRA, 2019) criminaliza os migrantes se utilizando de discursos mentirosos que são facilmente desconstruídos com a apresentação dos dados econômicos.

Não é uma equação difícil, basta entender que os recursos aumentam de acordo com a demanda. Ocorre que muitos migrantes demandam assistência na saúde e, em seguida são transferidos para outras regiões do Brasil no processo de interiorização. Logo, a demanda por recursos representará um bônus, com vantagens e recompensas para o sistema de saúde como um todo.

Gráfico 05 – Despesas totais do Fundo Municipal de Saúde de Boa Vista/RR – Série Histórica (2016-2020)



Fonte: Elaborado pela autora baseado em: <https://transparencia.pmbv.rr.gov.br/transparencia/#>

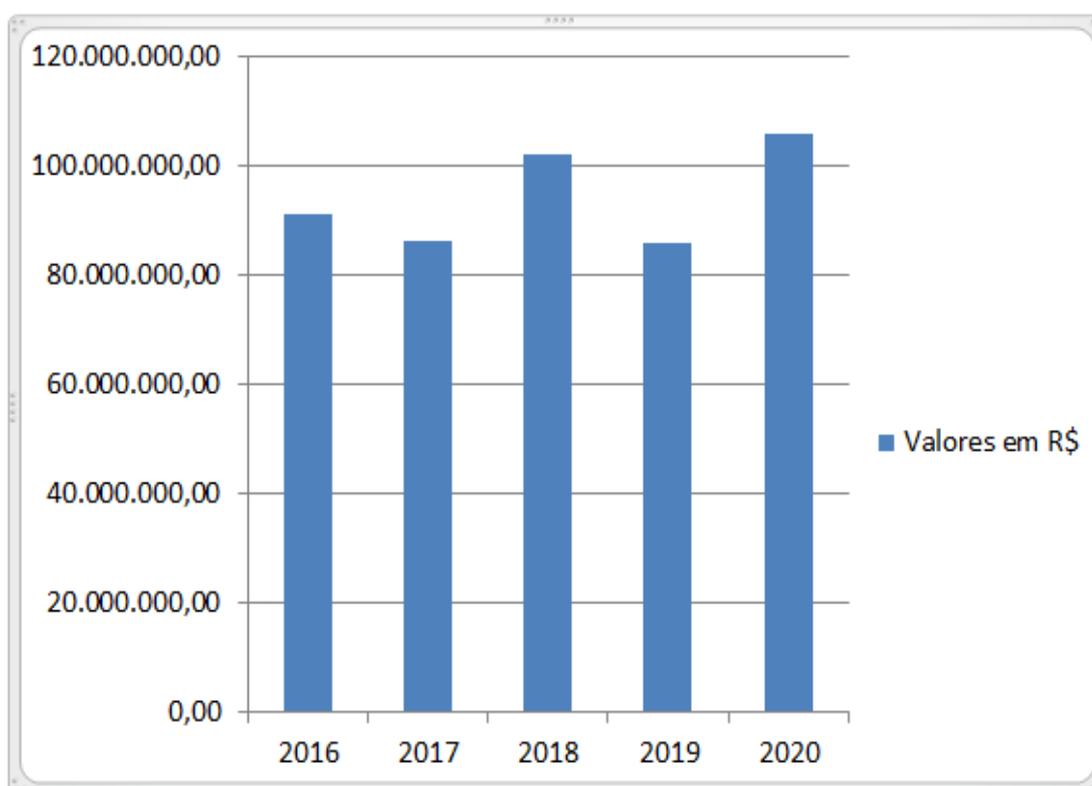
Já com relação ao gráfico 06 tem-se que as receitas gerais do Fundo de Saúde da PMBV permaneceram praticamente estáveis nesse período (2016 – 2019) havendo pouca alteração nas mesmas, sendo que a variação foi de R\$ 91.109.509,06 em 2016, para R\$ 105.958.233,91, caracterizando um aumento de 12,4%, o que significa um aumento significativo, porém ainda muito inferior no que se refere às demandas. Fato é que as demandas representam aumento significativo dos recursos.

Os impulsionadores da migração nas Américas incluem desigualdades sociais e econômicas, instabilidade política, conflitos e desastres ambientais. Embora muitos países da Região sejam fontes de emigração para países de alta renda nas Américas e na Europa, a América Latina e o Caribe também estão experimentando um aumento de migrantes da África e da Ásia. Isso coloca uma pressão adicional sobre os sistemas de saúde de muitos países com poucos recursos¹².

12 OPAS e OIM assinam acordo para melhorar saúde de 70 milhões de migrantes nas Américas. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-10-2020-opas-e-oim-assinam-acordo-para-melhorar-saude-70-milhoes-migrantes-nas-americas>) consultado em 10/05/2021.

Os recursos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Internacional para as Migrações (OIM), demonstram a ampliação dos recursos voltados para a saúde dos migrantes e refugiados em todo Continente Americano, indicam também que além dos recursos públicos do SUS, há também recursos internacionais das instituições ligadas à ONU e a instituições como Médicos Sem Fronteiras e Cruz Vermelha Internacional que contribuem com a atenção à saúde dos migrantes, desobrigando o Estado desta responsabilidade.

Gráfico 06 – Receitas Gerais do Fundo Municipal de Saúde de Boa Vista/RR – Série Histórica (2016 – 2020).



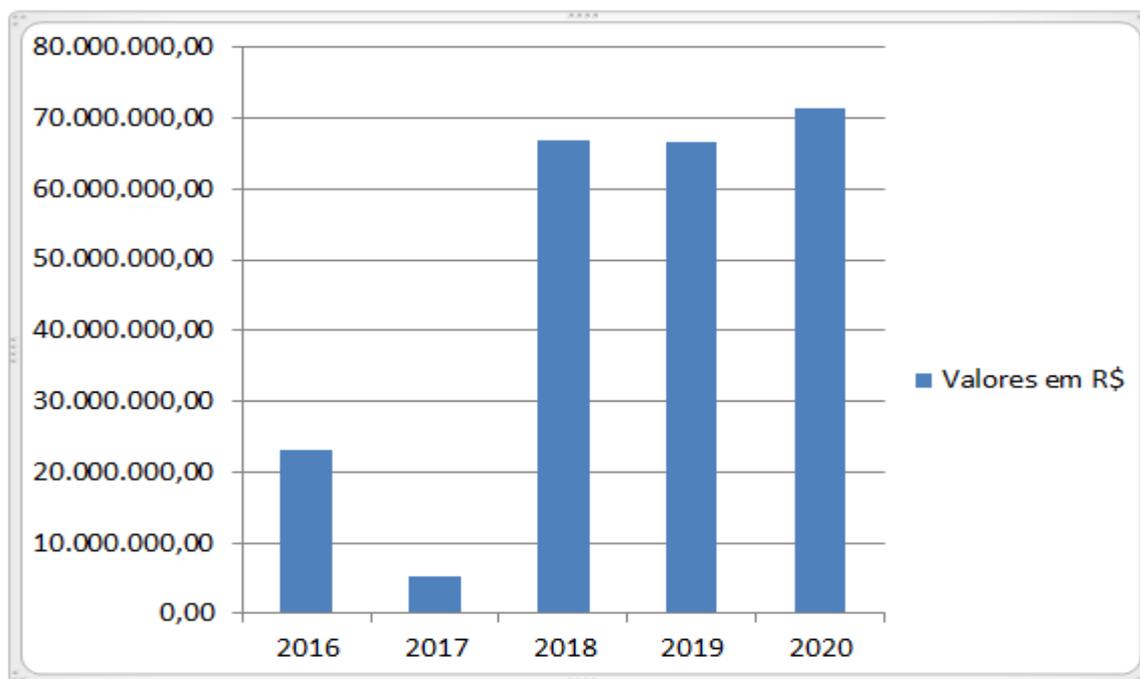
Fonte: Elaborado pela autora baseado em: <https://transparencia.pmbv.rr.gov.br/transparencia/#>

O gráfico 07 nos mostra o investimento do SUS para o Fundo de Saúde da PMBV. Cabe ressaltar que apesar de haver um aumento significativo, indo de R\$ 22.987.710,81 em 2016 para R\$ 71.322.285,85 (mais de 200%), entre os anos de 2018 e 2020 os aumentos foram poucos significativos, aumentando uma média de 5 milhões somente.

Por outro lado, a circulação de migrantes na cidade fez também com que circulasse a economia uma vez que “a migração venezuelana para Boa Vista foi motivada, majoritariamente, pela necessidade de manutenção da sobrevivência dos indivíduos, os quais

relataram em suas narrativas que não tinham acesso a bens de consumo essenciais, especialmente os alimentos” (OLIVEIRA, 2021, p. 02).

Gráfico 07 – Repasses do SUS ao Fundo de Saúde do Município de Boa Vista/RR – Série Histórica (2016 – 2020).



Fonte: Elaborado pela autora baseado em: <https://transparencia.pmbv.rr.gov.br/transparencia/#>

De posse destes dados, é possível concordar com a conclusão a que chega Barreto (2021) na sua tese doutoral quando afirma que “a migração venezuelana não produziu impactos negativos no sistema de saúde”¹³. Dentre as conclusões a que chegou Barreto (2021), destaca-se:

Quanto aos incrementos financeiros decorrentes do atendimento aos migrantes venezuelanos nos serviços de saúde pública de Boa Vista, esses representaram apenas 3,60% das despesas computadas na série histórica analisada (2016-2020). Evidenciando-se que a migração venezuelana não produziu impactos negativos no sistema de saúde local, que apenas evidenciou problemas existentes (BARRETO, 2021, p. 258).

Os migrantes são empurrados para fora de seu país de origem por forças que se sobrepõem aos seus desejos. Desta forma, se lhes está garantido “o direito de migrar, mas, nada nem ninguém lhes assegura o direito de não migrar” (OLIVEIRA, 2016, p. 174). De acordo

¹³ Título do artigo assinado por Márcia Maria de Oliveira, publicado em 03 de março de 2021, no site de notícias Amazonas Atual disponível em: <https://amazonasatual.com.br/a-migracao-venezuelana-nao-produziu-impactos-negativos-no-sistema-de-saude/>

com as pesquisa de Barreto (2021, p. 58) “os migrantes revelam que passaram por enormes dificuldade de acesso a bens de sobrevivência por causa das constantes altas da inflação na Venezuela”. A pesquisadora informa ainda que,

A partir das análises dos dados foi possível identificar, também, a constituição do que seria um novo processo de teorização da migração, no qual as necessidades de sobrevivência se sobrepõem aos anseios de outra natureza, sejam eles profissionais e/ou pessoais, uma vez que a migração tem raízes em problemas políticos, econômicos e sociais (BARRETO, 2021, p. 58).

Para a referida autora, as migrações internacionais em Roraima são caracterizadas pela luta pela sobrevivência e essa temática contribui para entender que a composição da saúde de uma pessoa perpassa por uma gama de características, que vão desde o perfil genético às interações com o ambiente em que vive (BARRETO, 2021).

Em Roraima, é importante reconhecer a importância da atuação de instituições nacionais e internacionais, de modo especial aquelas vinculadas à Organização das Nações Unidas e à sociedade civil, que vêm intervindo com projetos e programas de promoção à saúde, especialmente neste período de pandemia. A atuação das instituições com agentes vinculados à saúde, médicos, enfermeiros, agentes de saúde pública, odontólogos, dentre outros profissionais, somado ao conjunto de agentes do Sistema Único de Saúde que atuam em Boa Vista tem se consolidado numa rede de proteção à saúde da população em geral.

Todas essas reflexões confirmam a tese de que a migração venezuelana não produziu impactos negativos no sistema de saúde local, que apenas evidenciou problemas existentes. Os resultados encontrados confirmaram as hipóteses do estudo, uma vez que os agravos que acometeram a população migrante em Boa Vista-RR estão relacionados ao padrão de vulnerabilidade social e exposição ambiental (água, solo, vetores), que são em sua maioria agravos de baixo custo financeiro, de forma a não produzir impactos elevados na oferta dos serviços de saúde. E, ainda, que a recepção dos migrantes trouxe contribuições para arrecadação nos serviços públicos de saúde (BARRETO, 2021, p. 258).

De forma resumida, longe de se configurar um problema para a saúde local, as migrações promovem uma ampla articulação das redes que contribuem para ampliar o sistema de saúde, torná-lo mais aberto às demandas e mais atuante para toda a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização da pesquisa teórica foi possível concluir que o sistema de saúde público brasileiro, atualmente conhecido como SUS, é resultado de muitas lutas e pressões populares ao longo da história. Nesse contexto, constatamos que a saúde pública no Brasil se encontra numa situação extremamente deficitária e negligente para com a saúde da população, sobretudo quando se trata das camadas menos abastadas da sociedade. As CNS, e os debates por ela suscitados foram de fundamental importância neste processo que culminou com a criação do SUS.

Com o fim da ditadura militar e a promulgação da Constituição Federal de 1988 que criou o SUS, a saúde deixou de ser tratada como exclusividade das classes altas e passou minimamente a promover o atendimento à população mais pobre como nos contou Paim (2018). Todavia o melhora na equidade do atendimento, ou seja, o aumento do alcance social e geográfico que o SUS proporcionou, não foi e não é traduzido em um atendimento de excelência e qualidade para todos.

Entretanto a divisão política realizada pelo SUS e pela Constituição Federal de 1988, que deu mais autonomia para que os municípios pudessem realizar um atendimento mais local e, portanto, passível de serem realizadas ações pontuais localizadas, possibilitou uma melhora considerável nos serviços de saúde pública. A partir dos anos 2000, com o processo de globalização, os processos migratórios aumentaram consideravelmente, e o crescimento econômico do Brasil fez com que o país também se tornasse um polo atrativo para migrantes de diversas partes do mundo, mas, com o fortalecimento do MERCOSUL, principalmente de países da América do Sul.

A chegada de migrantes em Roraima já acontece há algum tempo, uma vez que este é um Estado formado por diversas etapas migratórias. Contudo, ainda não existe uma legislação específica que determine os rumos da saúde pública voltada para os migrantes. Apesar dos migrantes terem o direito garantido constitucionalmente de serem atendidos e cuidados pela SUS, na prática a falta de uma legislação que demande o financiamento desses atendimentos causa diversas situações de deficiência no sistema de saúde, levando a diversos problemas que vão desde de questões de saúde (proliferação de doenças, por exemplo) ao aumento da xenofobia, dificultando a vida do migrante que por estar longe de seu país de origem sofre ainda mais com essas mazelas.

A APS é a porta de entrada do SUS e é a base do sistema, a esfera responsável por organizar e proporcionar esse atendimento para a população é a municipal. No contexto da

migração recente de venezuelanos para o Brasil, mais especificamente para a capital de Roraima e aliado a pandemia da COVID-19 que vem colapsando sistemas de saúde pelo mundo todo, o sistema de saúde pública de Roraima e de Boa Vista entrou em crise. Neste contexto o discurso mais difundido pelas autoridades é o de que a “culpa” desse colapso é dos venezuelanos.

Esse discurso gerou e gera diversos episódios de xenofobia explícita, sobretudo no interior das UBS e dos hospitais. Inclusive durante as eleições de 2018, muitos candidatos que colocaram como proposta de campanha o fechamento da fronteira para impedir a entrada de venezuelanos foram eleitos.

A análise desta realidade esclarece que o maior debate, quando se fala em crise do sistema de saúde, é relativo ao financiamento da saúde, ou seja, ao montante de recursos empenhados e às estratégias de alocação e utilização desses recursos. Sendo assim buscamos os dados para saber se realmente os migrantes estão onerando o estado como se tem dito no senso comum.

A leitura dos gráficos 01 e 02 em conjunto, que versam sobre as despesas e receitas totais, respectivamente, da PMBV, entre os anos de 2016 e 2020, esclarece que, se por um lado as despesas aumentaram na ordem de R\$ 262.508.951,69, as receitas cresceram na ordem de R\$ 412.493.549,59, ou seja, neste contexto pode-se dizer que a chegada dos venezuelanos gerou mais receitas do que despesas para o município de Boa Vista.

Ao analisar as despesas e receitas referentes ao Fundo de Saúde municipal, vimos que em contradição com o aumento da arrecadação total do município no período estudado, houve um aumento das despesas na ordem de R\$ 91.564.024,75, todavia o investimento em saúde subiu apenas R\$ 14.848.724,85, assim sendo é possível concluir que se o sistema já trabalhava em seu limite, o aumento das despesas sem o aumento do investimento agravou a crise. Cabe ressaltar também que os municípios são obrigados por lei a investir o mínimo de 15% de seu orçamento total na área da saúde. Esse investimento que era de cerca de 18% em 2016 caiu para 11% em 2020.

Complementando essas informações, os repasses do SUS também se mantiveram estagnados de 2018 até 2020, fato que ocorre principalmente por conta de políticas de governo e como resultado da EC-95/2016. É notório, ao analisar o financiamento da saúde em Boa Vista entre 2016 e 2020, que há uma questão muito séria por trás da crise da saúde em Boa Vista e não são os venezuelanos e sim o fato de que as despesas quase que dobraram enquanto o investimento se estagnou.

A grande maioria desses migrantes que aqui chegaram e chegam todos os dias e, em tempo, muitos serão incorporados de maneira definitiva na sociedade roraimense, em breve

terão representantes em diversos segmentos da sociedade, se não dermos a devida atenção, com o devido cuidado a eles, certamente isso trará sérias consequências em um momento futuro.

Desta forma, esta dissertação de mestrado confirma a confluência entre migração e saúde e em Boa Vista. Os migrantes têm problemas de saúde e provocam mudanças importantes tanto no que se refere à abertura das estruturas da sociedade para atender e assegurar a saúde dos migrantes como no tangente à ampliação e melhoria dos sistemas de saúde para a população como um todo. Nesta perspectiva, a confluência entre migrações e saúde resulta em um novo caminho que revela a importância dos migrantes para provocar melhorias nos diversos setores da sociedade.

Sendo assim pode-se dizer que esta pesquisa contribuiu para desconstruir a narrativa de que o colapso no sistema de saúde de Roraima é culpa exclusiva da chegada de migrantes venezuelanos. Ao contrário disso, os dados e estudos levantados e analisados, demonstraram que não houve um investimento proporcional ao aumento da demanda e a resposta das autoridades sobre a questão foi a de criar uma narrativa xenófoba que os exime das responsabilidades legais, sobretudo com relação ao aparelhamento devido do SUS para o enfrentamento da 'crise'.

Da mesma forma, contribuiu para desconstruir discursos xenofóbicos que servem, em um período de alto nacionalismo populista, para a manutenção do poder e que em nada contribuem de fato para resolver os problemas gerados com a crescente migração venezuelana.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, B. A. **Estratégia migratória dos refugiados em Roraima nos anos de 2014 a 2017**. Boa Vista: Dissertação de mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Fronteiras (PPGSOF) da Universidade Federal de Roraima, 2019.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. **Atenção primária à saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas?** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 50, p. 80, 2016.
- BAENINGER, Rosana *et al.* **Migrações Sul-Sul**. 2ª edição. Campinas, SP: Nepo/ Unicamp, 2018.
- BAENINGER, Rosana Rosana et al. **Atlas Temático: Observatório das Migrações em São Paulo – Migrações Venezuelanas**. Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – NEPO/Unicamp, 2020.
- BAENINGER, Rosana Rosana; VEDOVATO, Luís Renato; NANDY, Shaylen (Coords.). **Migrações internacionais e a pandemia da COVID-19**. Campinas: Nepo/Unicamp, 2020a. 366 p.
- BAENINGER, Rosana. **Governança das migrações: migrações dirigidas de venezuelanos e venezuelanas no Brasil**. In Migrações Venezuelanas / BAENINGER, R; JAROSHINSKI, João Carlos (Coord). Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2018b.
- BAENINGER, Rosana.; SILVA, J. C. J. (Org.). **Migrações venezuelanas**. Campinas: Nepo/Unicamp, 2018a. v. 1. Disponível em: <<https://bit.ly/2ULmffG>>. Acesso em: 10/12/2020.
- BAENINGER, Rosana; PERES, Roberta. Migração de crise: A migração haitiana para o Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Belo Horizonte, v. 34, n. 1, p. 119–143, 2017.
- BALSEMAO, Adalgiza. **Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil**. In: ARANHA, Marcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde publica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BARCELLOS, Ana Paula de. **O direito à prestação de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata**. Revista da Defensoria Pública, São Paulo, n. 1, jul/dez 2008, p. 133.
- BARRETO, Tércia Millene de Almeida Costa. et al. Vigilância epidemiológica e os processos migratórios: Observações do caso dos venezuelanos em Roraima. In: BAENINGER, R.; JAROSHINSKI S. **Migrações venezuelanas**. Campinas/SP. Editora Unicamp, 2018. p. 374-380.
- BARRETO, Tércia Millene de Almeida Costa. **Saúde Ambiental e Migração: uma análise da migração venezuelana sobre os serviços de saúde pública na cidade**. Boa Vista: Tese de Doutorado. PRONAT/UFRR. 2021.

BAUMAN, Zygmunt. **Estranhos à nossa porta**. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: ZAHAR, 2017.

BRANCO, Marisa Lucena. **O SUS na fronteira e o direito: Em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS**. Monografia de especialização. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz Brasília, Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde Coletiva, Curso de Especialização em Direito Sanitário, 2009.

BRANCO, V. G. C.; MORGADO, F. E. F. **O surto de sarampo e a situação vacinal no Brasil**. Revista de Medicina de Família e Saúde Mental, Teresópolis, v. 1, n. 1, p. 74-88, 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão externa destinada a tratar da crise na Venezuela, em especial na fronteira com o Brasil – CEXVENEZ. **1º relatório da comissão externa Crise na fronteira da Venezuela com o Brasil**. 2019a. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1774525&filename=REL+1/2019+CEXVENEZ. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunização**. 2018. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/pni/>. Acesso em 01/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Roraima tem Plano de Ações para Atendimento aos Imigrantes**. 2018a. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42320-roraima-tem-plano-de-acoes-para-atendimento-aos-imigrantes>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Programa de Aceleração do Crescimento. **UBS: Unidade Básica de Saúde – Roraima**. [2019b]. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude/rr>. Acesso em: 13 maio 2020.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação do sarampo no Brasil - 2018-2019**. Informe nº 37. Brasília, 19 mar. 2019. Disponível em: <Disponível em: <https://bit.ly/2UOCuIB> >. Acesso em: 4 ago. 2019.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Notícias do STF**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=122593> . Acesso em 01/12/2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Petição 1246 MC/SC (Medida Cautelar). Relator: Ministro Celso de Mello, julgado em 13 de fevereiro de 1997. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=29%dataPublicacaoDj=13/02/1997&incidente=3724003&codCapitulo=6&numMateria=7&codMateria=2>. Acesso em 01/12/2020.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 10 out. 1988.

BRANCO, V; MORGADO, F. **O surto de sarampo e a situação vacinal no Brasil**. Revista de Medicina de Família e Saúde Mental Vol. 1. N 1., 2019.

BRAVO M. I. de S. **A Política de Saúde no Brasil**, In: MOTA, Ana Elizabete; [et. al.], Organizadores. Serviço Social e Saúde, Formação e Trabalho Profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CAMARGO JUNIOR, K.R. **As armadilhas da "concepção positiva de saúde"**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007.

CARDOSO, Ana Claudia Moreira. Organização e intensificação do tempo de trabalho. **Revista Sociedade e Estado**, v. 28, n. 2, Maio/Ago. 2013.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 5–26, 2013.

CASTRO A. L. B., ANDRADE C. L. T., MACHADO C. V., LIMA L. D. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cad Saúde Pública**. Nov/2015

CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T; MACÊDO, M; PEREDA, L. **Resumo Executivo. Imigração e Refúgio no Brasil. A inserção do imigrante, solicitante de refúgio e refugiado no mercado de trabalho formal**. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança pública/Conselho Nacional de Imigração e Cordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2019.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Contratos.asp?Navegacao=Proxima&VListar=1&VEstado=14&VMun=&VTipo=02 Acesso em 01/12/2020.

COMISSÃO MUNDIAL SOBRE AS MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS. **As migrações num mundo interligado: novas linhas de ação**. 2005. p. 96. (Relatório da Comissão Mundial sobre as Migrações Internacionais). Disponível em: https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/policy_and_research/gcim/GCIM_Report_Complete_PT.pdf. Acesso em: 14 de jun. 2019.

CONASS, CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A atenção primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015

CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011.

DAIN S. **Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração**. Cienc Saude Colet 2007; 12(Supl.):1851-1864.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **A saúde do brasileiro**. São Paulo: Editora Moderna, 1987.

DE SETA, M. H, REIS, L.G.C., PEPE, V.L.E. **Construção, estruturação e gestão das vigilâncias do campo da saúde**. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011a. p. 239-276.

DE SETA, M. H, REIS, L.G.C., PEPE, V.L.E. **Vigilâncias do campo da saúde: conceitos fundamentais e processos de trabalho**. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 199-237.

DIAS, R. S. **As implicações da imigração venezuelana sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde do município de Pacaraima**. 2019. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde “Joaquim Venâncio”, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

DIAS, S. et al. **Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades migrantes: um estudo com migrantes e profissionais de saúde**. Arquivos de Medicina, Porto, v. 24, n. 6, p. 253-259, 2010.

DOURADO, ELIAS PEM. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro**. Rev Saúde Pública 2011; 45(1):204-211

FARIA et. al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde** 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 67 p. : il.,

FGV (Fundação Getúlio Vargas). **A economia de Roraima e o fluxo venezuelano: evidências e subsídios para políticas públicas**. Rio de Janeiro: FGV/DAPP, 2020.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-309, 2007.**

GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2008. p. 1- 42.

GOMES, E.S; Políticas públicas e a saúde indígena: o atendimento das crianças indígenas no hospital da criança Santo Antônio. **Dissertação de Mestrado** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Amazônia – PPGDRA/UFRR, 2018.

GUERRA, K.; VENTURA, M. **Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países**. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 123-129, 2017.

HOLZ, C. B. et al. **O hospital na rede de atenção a saúde: uma reflexão teórica**. Revista Espaço Ciência & Saúde, Cruz Alta, v. 4, n. 1, p. 101-115, 2016.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. 2013. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>. Acesso em 01/12/2020.

JAROCHINSKI SILVA, J. C.; ABRAHÃO, B. A.. Contradições, debilidades e acertos dos marcos de regularização de venezuelanos no Brasil. **Monções: Revista de Relações Internacionais da UFGD**, v. 8, p. 255-278, 2019.

KRELL, A J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha: os (des)caminhos de um direito constitucional comparado**. Sergio Antonio Fabris Editor: Porto Alegre, 2002.

LAZARINI W. S., SODRÉ F. O. SUS e as políticas sociais: Desafios contemporâneos para a atenção primária à saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2019.

LEITE I. C. Rumo a políticas sociais residuais? **Argumentum (Vitória ES)**. ;7(2):24-31. 2015.

LIMA, J. F. **Regimes totalitários e a imigração: uma análise do caso de imigração dos venezuelanos para o Brasil à luz do direito natural**. Fibra Lex, Belém, v. 1, n. 4, p. 1-12, 2018.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, 2005.

MAENO, Maria; PARARELLI, Renata. O trabalho como ele é e a saúde mental do trabalhador. In Silveira, M. A. (Org.). **Inovação para o desenvolvimento de organizações sustentáveis: trabalho, fatores psicossociais e ambiente saudável Campinas**, Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer (CTI), 2013, p. 145-166.

MARMELSTEIN, G. **A implementação de políticas públicas pelo Poder Judiciário e o Princípio da Reserva do Possível**. 2010 Disponível em: http://www.lfg.com.br/artigos/Blog/Monografia_MarceloLira.pdf Acesso em 01/12/2020.

MARQUES R. M.; PIOLA S. F.; OCKÉ-REIS C. O. Desafios e perspectivas futuras no financiamento do SUS. In: Marques R. M., Piola S. F., Roa A. C., organizadores. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: Abres; Brasília, DF: MS; 2016.

MARX, Karl. O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MELO, P G S de; TONINI T; QUARESMA M L J. OLIVEIRA, M M de. **Interface Migração e Serviços de Saúde Primária na Fronteira Brasil–Venezuela**. In.: OLIVEIRA, Márcia Maria de; DIAS, Maria das Graças Santos. (Orgs.) Interfaces da Mobilidade Humana na Fronteira Amazônica v. 2/. Boa Vista :Editora da UFRR, 2020.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av., São Paulo**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>;

MENDONÇA, M. H. M., MATTA, G. C., GONDIM, R., GIOVANELLA L., organizadores. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

MILESI, R; COURY, P; ROVERY, J; **Migração Venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual**. Aedos, Porto Alegre, v. 10, n. 22, p. 53-70, Ago. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Nota Informativa Nº 57/2018**. Atualiza Informações sobre sarampo em Roraima. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/svs/42721->

nota-do-ministerio-da-saude-atualiza-informacoes-sobre-sarampo-em-roraima. Acesso em: 10 fev. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria nº 1.378, de 9 de Julho de 2013.** Diário Oficial da União 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Portaria nº 3.252, de 22 de Dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.** Diário Oficial da União 2009; 23 dez.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Superintendência Estadual do Ministério da Saúde Em Roraima- Sems/Rr Seção de Apoio Institucional e Articulação Interfederativa/Seinsf/Rr – **Relatório de visita técnica ao município de Pacaraima – 2019.**

OCDE Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). **Brasil: fortalecendo a governança regulatória.** Relatório sobre reforma regulatória. Brasília, 2008.

OLIVEIRA, Márcia Maria de. **‘A migração venezuelana não produziu impactos negativos no sistema de saúde’.** Manaus: Amazonas Atual. Disponível em: <<https://amazonasatual.com.br/a-migracao-venezuelana-nao-produziu-impactos-negativos-no-sistema-de-saude>> Publicado em 03 de março de 2021.

OLIVEIRA, Márcia Maria de; DIAS, Maria das Graças Santos. (Orgs.) **Interfaces da Mobilidade Humana na Fronteira Amazônica.** v. 2/. Boa Vista: Editora da UFRR, 2020.

OLIVEIRA, Márcia Maria de. **Dinâmicas Migratórias na Amazônia Contemporânea.** São Carlos: Scienza, 2016.

OLIVEIRA, Márcia Maria de. **Migrar é um direito e xenofobia é crime.** Disponível em: <<https://amazonasatual.com.br/migrar-e-um-direito-e-xenofobia-e-crime/>> . Acesso em: 24 jul. 2021.

OLIVEIRA, Márcia Maria de. Desafios e Perspectivas da Mobilidade Humana na Amazônia Contemporânea. **Textos & Debates**, Boa Vista, v. 1, n. 27, p. 107-121, 2015.

PAIM, J. et al. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, vol. 6736, no 11, p. 15 – 35, 2012.

PAIM, J. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018.

PAIM, J. **O que é o SUS.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009.

PEIXOTO, J. As Teorias Explicativas das Migrações: Teorias Micro e Macro-Sociológicas. **SOCIUS Working Papers**, Nº 11/2004.

PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional.** São Paulo: Editora UNESP; Cultura Acadêmica, 2009.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 228 p

RAMOS, N. **Saúde, migração e direitos humanos**. Mudanças – Psicologia da Saúde, 17 (1), Jan-Jun 2009, 1-11p.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro**, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan./mar. 1997.

ROA, A. C. **Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00058517, 2018.

RODRIGUES, F. S; SARMENTO, G. G. S. **Entre a acolhida e o rechaço: breves notas sobre a violência e os paradoxos da migração venezuelana para o Brasil**. in Migrações Venezuelanas / BAENINGER, R; JAROSHINSKI, J. C. (Coord); – Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2018.

RORAIMA. Prefeitura Municipal de Boa Vista. **Decreto nº 26.577-E, de 24 de fevereiro de 2019**. Decreta estado de calamidade na Saúde Pública do Estado de Roraima, em face da crise humanitária e violência na Venezuela impactando o serviço de saúde nos hospitais do Estado localizados nos municípios de Pacaraima e Boa Vista. Diário Oficial do Estado de Roraima, Boa Vista, ed. 3425, p. 2, 25 fev. 2020.

RORAIMA. Prefeitura Municipal de Boa Vista. **Plano Estadual De Saúde 2016 – 2019**. Boa Vista: SESAU/RR, 2016. 212 p.

RORAIMA. Prefeitura Municipal de Boa Vista. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Boa Vista 2018-2021**. Roraima: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

RORAIMA. Relatório das Atividades desenvolvidas pela Equipe SVS/MS-Roraima. Roraima Secretaria estadual de Saúde. 2021.

SANTOS, Fabiane Vinente dos. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, v. 23, n. 2, p. 477-494, 2016.

SANTOS, H. S; MEDEIROS A. A; **Migração e acesso aos serviços de saúde: a necessidade da pauta intercultural para o cumprimento dos direitos humanos**, 2018

SANTOS, M. A. dos; BARBIERI, A. F; CARVALHO, J. A. M; MACHADO, C. J. **Migração: uma revisão sobre algumas das principais teorias** - Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2010.

SARLET, I W. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 6ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SCHWARTZ, G A.; GLOECKNER, R J. **A tutela antecipada no direito à saúde**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2003.

SILVA E SILVA. Maria Ozanira da. **Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos**. In: SILVA E SILVA. Maria Ozanira da (Org.). Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática. São Paulo: Veras, 2001. p. 37-93.

SILVA, Camila Ribeiro et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 24 Junho 2020], pp. 1109-1120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>.

SILVA, Izabel. “Bota fogo nesses vagabundos!”: entextualizações de xenofobia na trajetória textual de uma fake News. **Trab. Ling. Aplic., Campinas, n(59.3): 2123-2161**, set./dez. 2020

SILVA, S. A. **Imigração e redes de acolhimento: o caso dos haitianos no Brasil**. Revista Brasileira de Estudos de População, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 99-117, 2017.

SILVA, Sidney. A fronteira norte do Brasil. Notas de pesquisa. In: BAENINGER, Rosana; CANALES, Alejandro et al. **Migrações Fronteiriças**. Campinas: NEPO/UNICAMP, 2018. p. 300-303.

SOUZEDO, Y. C; A visão dos profissionais da educação no contexto do acolhimento e inserção de migrantes venezuelanos nas escolas estaduais de Roraima: estudo de casos / Yves de Carvalho Souza. **Dissertação de mestrado**. Universidade federal de Roraima– Boa Vista, 2021. 148 f. : il.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. **O Sistema único de Saúde**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, 2006. pp.531-562.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, jun. 2018.

VIANA, A. L. A., LIMA, L. D., organizadores. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa; 2011.

SITES CONSULTADOS

AGÊNCIA BRASIL. **Refugiados e migrantes venezuelanos já são 3 milhões no mundo.** 2018. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-11/refugiados-e-migrantes-venezuelanos-ja-sao-3-milhoes-no-mundo>. Acesso em: 08 nov. 2018.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS. **Protegendo refugiados no Brasil e no mundo.** 2019. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2019/02/CARTILHA-ACNUR2019.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

EL PAIS. **O “monstro da xenofobia” ronda a porta de entrada de venezuelanos no Brasil.** 2018. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/08/17/politica/1534459908_846691.html. Acesso em: 27 ago. 2018.

G1. **Boa Vista reforça combate à tuberculose após aumento de 14% nos casos em 2018.** G1, Roraima, 23 mar. 2019. Disponível em: <https://glo.bo/33X8Oxa> Acesso em 10/12/2020.

GOVERNO destina R\$ 14 milhões para assistência a migrantes venezuelanos. Governo do Brasil, Brasília, DF, 15 fev. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2UGE3Iw> Acesso em 10/12/2020.

Ministro alerta secretários de saúde para ampliar a cobertura vacinal do sarampo. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 14 fev. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/39wmReq> Acesso em 10/12/2020.

OMS – Organización Mundial de la Salud. **Promoción de la salud en un mundo globalizado** – Informe de la Secretaria. 59ª. Asamblea Mundial de la Salud, Punto 11.15 del orden del día provisional. A59/21. Ginebra, OMS, 4 maio 2006.

OMS/WHO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde – 1946.** Disponível em: <http://www.unifran.br/mestrado/promocaoSaude/docs/ConstituicaoodaWHO1946.pdf>. Acesso em 01/12/2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **OIM:** Organização Internacional para as Migrações. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencia/oim/>. Acesso em: 15 fev. 2019.

Roraima registra quase 2 mil casos de AIDS e HIV e maioria são homens. Folha de Boa Vista, Roraima, 26 jun. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2ylkpuk> . Acesso em 10/12/2020.

UNICEF – Cinco programas do UNICEF que estão melhorando a vida de crianças venezuelanas no Brasil. 2021. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/sites/unicef.org/brazil/files/2019-12/cinco_programas_unicef_para_crianças_venezuelanas_no_brasil.pdf Acesso em 08/07/2021.