

Análise Situacional e Diagnóstico do Sistema de Saúde em Boa Vista – RR, Brasil



Este relatório foi produzido pela Anis – Instituto de Bioética e PADF – Fundação Pan-americana para o Desenvolvimento em parceria.

Financiamento da PADF Brasil por meio do convênio BPRM197 para atenção à população migrante e refugiada venezuelana no Brasil. O financiamento para este documento se realizou com o apoio do Escritório População, Refugiados e Migração, no Departamento de Estado dos EUA (PRM).

Coordenação e Supervisão: Cecília Nunes Froemming e Luciana Brito

Auxiliares de Pesquisa: Juliana Santana, Raquel Alcoforado e Raquel Lustosa

Projeto gráfico e diagramação: Patrícia Medeiros

Ilustrações: Bárbara Quintino

Bibliotecário: Illy Guimarães B. Batista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecário Responsável: Illy Guimarães B. Batista (CRB/DF 2498)

Brito, Luciana

Análise Situacional e Diagnóstico do Sistema de Saúde em Boa Vista – RR, Brasil /

Luciana Brito, Cecília Nunes Froemming. – Brasília : LetrasLivres, 2021.

65 p.

ISBN 978-65-88773-06-2 (Impresso); ISBN 978-65-88773-05-5 (PDF)

1. Crise humanitária – Venezuela. 2. Saúde pública – Boa Vista, Roraima. 3. Atenção primária à saúde – Boa Vista, Roraima. 4. Migração – Venezuela. 5. Refugiados – Venezuela. I. Froemming, Cecília Nunes. II. Título.

CDD 325.8114087
CDU 314.745.22:614(811.4:87)

Sumário



Introdução	4
1. Contexto e Problemática	8
1.1. O Sistema Único de Saúde brasileiro	9
1.2. Operação Acolhida	12
2. Metodologia, alcance e fontes de informação	15
2.1. Objetivo Geral	16
2.2. Objetivos Específicos	16
2.3. Componentes da metodologia utilizada:	16
Revisão e Sistematização Documental	16
Entrevistas semiestruturadas com atores locais	19
Observação participante e conversas informais com migrantes ou refugiados venezuelanos	22
3. Levantamento de informações, achados e descobertas	23
3.1. Mapeamento dos atores no território	24
3.2. Categorias Analíticas do mapeamento para cuidado em saúde	29
Acesso e equidade nos serviços de saúde	29
Respeito às diversidades étnico-culturais: a população indígena venezuelana	33
Integrando as redes de cuidado e sistemas de informação	38
Fortalecimento das Capacidades Locais e Participação Social	43
Necessidades em Saúde	46
4. Considerações finais	53
Bibliografia	58

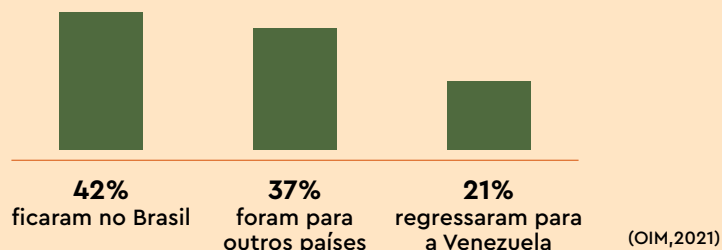


Introdução

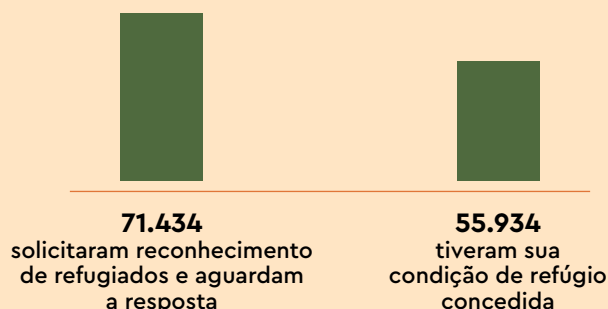
Este relatório tem como objetivo apresentar resultados do estudo exploratório para mapeamento dos cuidados em saúde ofertados à população migrante¹ e refugiada² venezuelana em Boa Vista, Roraima - Brasil. O levantamento e sistematização de dados foram realizados entre os dias 05 de junho e 06 de julho de 2021. Esperamos que os dados aqui apresentados contribuam para o fortalecimento dos serviços de atenção e cuidado integral em saúde conforme proposto pelos princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).³

Este documento visa sistematizar as informações obtidas com diferentes atores, entre eles representantes da Operação Acolhida, organismos internacionais, organizações da sociedade civil, lideranças comunitárias, migrantes e refugiados usuários dos serviços de saúde e representantes do poder público, em especial que atuam na saúde do estado de Roraima e no município de Boa Vista.

Entre Janeiro de 2017 e Junho de 2021, o movimento migratório da Venezuela para o Brasil representou cerca de **619.159 pessoas**, das quais:



Quanto à regularização migratória, **148.357 pessoas** têm registros ativos de residência:



1 Levaremos em consideração o marco legal brasileiro, o qual estabelece pela Lei nº 13.445/17 os princípios e diretrizes que devem reger a política migratória no Brasil, afirmando que a migração é um direito inalienável de todas as pessoas (Art. 3º, XX). A Lei encara a questão migratória sob a perspectiva dos direitos humanos.

2 Utilizaremos aqui a definição ampliada de refugiado como estabelecida na Declaração de Cartagena de 1984, da qual o Brasil é signatário.

3 Maiores detalhes sobre o SUS serão explicados no item 2 "Contexto e Problemática".

Segundo dados divulgados pela Operação Acolhida (BRASIL, 2021), mais de quatro milhões de pessoas que residiam na Venezuela deixaram seu país, fazendo com que esta situação se configure numa das maiores crises de deslocamento do mundo. Os dados mais conhecidos desta crise migratória tratam que entre 2015 e 2019, o Brasil registrou mais de 178 mil solicitações de refúgio e residência temporária (UNICEF, 2021). O ingresso de pessoas vindas da Venezuela é realizado de forma majoritária pela fronteira norte do país, no estado de Roraima, concentrado nos municípios de Boa Vista (capital do estado) e Pacaraima (cidade da fronteira Brasil/ Venezuela). O impacto do fluxo migratório no estado pode ser visto por meio dos dados do IBGE. Segundo os dados atualizados em 2020, o estado de Roraima tem uma população de 631.181 pessoas, significando 29% de aumento em comparação ao censo de 2020.⁴ O Brasil realiza a resposta às demandas e necessidades de políticas públicas por meio das ações organizadas pela Operação Acolhida, criada em fevereiro de 2018 com o apoio de agências humanitárias internacionais e organizações da sociedade civil (mais detalhes no subitem 1.2 deste relatório). A precariedade das situações vivenciadas por pessoas migrantes ou refugiadas da Venezuela na cidade de Boa Vista ainda é fator de preocupação e intervenção por parte do esforço entre governo brasileiro e agências humanitárias internacionais. As circunstâncias enfrentadas estas populações os remetem a uma série de necessidades em saúde, em especial pelos contextos de fome e seus agravantes vivenciados. Ainda, no último ano, o mundo todo foi acometido das necessidades de cuidados e atenção em razão da pandemia da COVID-19. A pandemia trouxe ainda maiores complexidades à situação de crise vivida neste contexto.

Em razão da alta concentração de refugiados em busca de atendimentos em saúde de alta e média complexidade, em fevereiro de 2019, o governador de Roraima [anunciou estado de calamidade na saúde pública no estado](#). A expressiva vulnerabilidade, aliada à situação de pobreza e agravos de saúde, especialmente a partir de 2018 (BAE-NINGER et al., 2020), demanda estratégias ainda mais complexas para o cuidado integral à saúde dessa população. Em Boa Vista, parte dos migrantes vivem em abrigos, mas muitos também estão em ocupações, aluguéis sociais ou situação de rua. Nesse sentido, as respostas para o cuidado integral em saúde devem também tocar aspectos relacionados a moradia, assistência social, trabalho e educação.

A fronteira do Brasil com a Venezuela foi parcialmente fechada em razão da emergência em saúde pública pela pandemia da Covid-19. Assim, desde 18 de março de 2020 há restrição da entrada de qualquer estrangeiro oriundo da Venezuela por meios terrestres. Mais de um ano depois, em 24 de junho de 2021, o [governo brasileiro voltou a permitir a entrada parcial de pessoas migrantes e refugiadas](#), e a regularização de pessoas em situação de vulnerabilidade em razão da crise humanitária.

⁴ <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/panorama>

Importa considerar que o fechamento das fronteiras não impediu o fluxo migratório. Em realidade, a situação contribuiu para a ampliação das camadas de vulnerabilidade das populações refugiadas, uma vez que a situação de ilegalidade para a entrada no país impõe muitas dificuldades - principalmente para pessoas migrantes e refugiadas terem acesso à documentação completa para garantia de direitos previstos no território brasileiro. O atravessamento da fronteira pelas “trochas”⁵ a pé invisibiliza violências, facilita o tráfico internacional de pessoas e alarga a fila de refugiados indocumentados e em situação irregular no Brasil. Não existem dados oficiais sobre a entrada ilegal, mas estima-se a entrada de 300 venezuelanos por dia no país. Em fevereiro de 2021, o [jornal O Globo](#) estimou a entrada de 10 mil pessoas enquanto as fronteiras estavam fechadas.

Este relatório está dividido em quatro capítulos a seguir descritos.

Em **Contexto e Problemática** apresentamos em resumo os marcos legais da política de saúde no Brasil, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os desafios e possibilidades de resposta para o cuidado em saúde para a população migrante e refugiada, sob a perspectiva dos direitos humanos e justiça social.

Em **Metodologia, Alcance e Fontes de informação** apresentamos os objetivos gerais e específicos deste estudo exploratório, bem como os principais componentes da metodologia utilizada: a. Revisão e sistematização documental; b. Entrevistas semiestruturadas com atores locais; c. Observação participante e conversas informais com migrantes ou refugiados venezuelanos.

Em **Levantamento de Informações, Achados e Descobertas** apresentamos os principais resultados e análises dos dados coletados. Cinco principais categorias analíticas baseiam nossa análise: Acesso e Equidade nos serviços de saúde; Respeito às diversidades étnico-culturais: a população indígena venezuelana; Integrando as redes de cuidado e sistemas de informação; Fortalecimento das Capacidades Locais e Participação Social e Necessidades em saúde.

Por fim, em **Considerações Finais** reforçamos os principais aspectos do mapeamento e ainda, apresentamos potencialidades de intervenção a partir das análises com vistas a contribuir para o fortalecimento das respostas em saúde a partir dos princípios do SUS.

5 “Trochas” é como são conhecidas as formas de passagem por rotas alternativas e irregulares, na qual os migrantes e refugiados atravessam a fronteira da Venezuela com o Brasil de forma irregular e absolutamente precária, muitas vezes por meio da contratação de atravessadores. Durante o fechamento oficial da fronteira, a entrada terrestre se deu em sua totalidade por meio das chamadas “trochas”.

Compreendemos a importância deste estudo para a construção de diálogos entre diferentes atores locais. Certamente os resultados servirão para o aperfeiçoamento das estratégias e ações em saúde para cuidado das populações em situação de migração e refúgio no município de Boa Vista, Roraima. Consideramos prioritário o diálogo com os gestores públicos e profissionais de saúde da rede SUS para o fortalecimento das capacidades locais e construção de respostas sustentáveis a médio e longo prazo.

Este documento pode ser considerado como um instrumento vivo para a construção de pontes de diálogo e retroalimentação com os diferentes atores locais.

1. Contexto e Problemática



LIMITE
VENEZUELA-BRASIL



1.1. O Sistema Único de Saúde brasileiro

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores conquistas vindas com a promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988. Antes da sua criação, o acesso à assistência em saúde não era um direito social, mas um privilégio daqueles poucos trabalhadores que contribuíam com a previdência social. Aos trabalhadores rurais, informais, aos assalariados, as mulheres que se ocupavam do trabalho doméstico, e ao resto da população, restavam os serviços filantrópicos, como os fornecidos nas Santas Casas de Misericórdia. Um sistema universal dedicado a atender as necessidades de saúde de todos os cidadãos e cidadãs brasileiras foi uma demanda popular que cresceu no período da redemocratização que o país viveu, em um cenário de busca por condições de vida digna para a população (BRAVO, 2006).

O artigo 198 da Constituição Federal informa que “as ações e os serviços [de saúde] públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada, com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral com foco em prevenção, e participação da comunidade”. Assim, o SUS compreende uma série de atribuições que vão além da assistência em saúde: desde o controle e fiscalização de insumos de saúde, à execução vigilância sanitária, o incremento ao desenvolvimento científico e tecnológico da área, até a colaboração com a proteção do meio ambiente.

Os princípios e diretrizes que organizam e operacionalizam o SUS⁶ são fundamentais para entender a dimensão dessa conquista e para orientar as lutas e demandas pelo aprimoramento da política de saúde brasileira. Talvez o principal deles seja o princípio do **acesso universal**, que garante saúde a todas as pessoas, em todos os níveis de assistência - da atenção básica de saúde até a atenção de alta complexidade.

O **acesso igualitário** garante às pessoas em território nacional, com ou sem documento de identificação, o acesso aos serviços de saúde, sem distinção de qualquer natureza. Do mesmo modo, não há que se exigir documento de identificação para brasileiros ou estrangeiros para o acesso à saúde.

A **equidade** em saúde ainda prevê o tratamento prioritário àqueles que são historicamente tratados como desiguais ou que enfrentam múltiplas camadas de vulnerabilidade e processos históricos de discriminação. O entendimento é de que a simples previsão de igualdade de tratamento para todos não basta para romper o ciclo de precariedade a que determinadas vidas estão historicamente submetidas, como é o caso das pessoas negras, das mulheres, dos povos indígenas, quilombolas, da comunidade LGBTQI+, de migrantes e refugiados em uma crise humanitária, como a que se desenrola no estado de Roraima, entre outros. Quanto maior for a intersecção desses marca-

6 A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90 dispõe sobre os objetivos e atribuições do SUS.

dores em uma pessoa, maiores as chances da necessidade de prioridade no acesso ao tratamento. Esse princípio não somente deve orientar a prática profissional no sentido do respeito incondicional à diversidade dos usuários do SUS, mas também à identificação de marcadores sociais que possam representar um histórico de vulnerabilidade.

A **regionalização** é um princípio organizativo importante para possibilitar a equidade, a integralidade e a universalidade do acesso à saúde. Ele prevê que as ações e serviços de saúde sejam descentralizados e distribuídos regionalmente, garantindo para toda a população o acesso a todas as esferas de atendimento e a efetiva resolutividade no tratamento, isto é, que o usuário saia da rede com as suas demandas em saúde atendidas. A regionalização também garante que, em um país de proporções continentais como o Brasil, a atenção em saúde esteja em consonância com a realidade local da população, que é diversa em todos os âmbitos. A própria gestão do SUS sai da capital do país e é distribuída nos municípios e estados, a partir das necessidades específicas de cada região.

A **participação comunitária** também é um preceito fundamental para assegurar que as respostas providas pelo SUS estejam de acordo com as necessidades e a realidade da população. Através da sua presença nas Conferências e Conselhos de Saúde, os membros da comunidade, usuários do SUS, junto a profissionais e pesquisadores da área, podem identificar problemas reais, elaborar sugestões e fiscalizar os serviços, um meio de garantir que a população tenha poder efetivo sobre os serviços de que usufrui e sobre o destino da verba pública.

As ações e serviços do SUS orientam-se em três eixos hierarquizados. Dizer que esses eixos são hierarquizados não significa atribuir-lhes graus de importância, apenas que as ações e serviços em saúde são sistematizadas em níveis de complexidade.

EIXOS DA SAÚDE:

i) **promoção da saúde**, com ações para o fomento da qualidade de vida da população, onde se afirma a importância do acesso à educação, lazer, alimentação, cultura, entre outros direitos, para se gozar de um estado duradouro de saúde

ii) **proteção da saúde**, que se concentra nas atividades para eliminação e redução de riscos, como as campanhas de vacinação e o tratamento e controle da água e dos alimentos

iii) **recuperação da saúde**, que diz respeito às ações de assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar, que preconizam o diagnóstico precoce e a redução dos danos.

A atenção em saúde direcionada em três níveis de complexidade faz do SUS um dos maiores e mais democráticos sistemas de saúde do mundo, propondo-se a ofertar ações e serviços integrais de saúde para milhões de pessoas em solo brasileiro. Essas ações pretendem dar conta não apenas dos agravos e acidentes em saúde, mas da própria promoção e manutenção de um estado de saúde, juntamente com os princípios e diretrizes do SUS.

Os eixos se traduzem em **três níveis de atenção em saúde** (PAIM et al, 2009), sendo eles:

- **Atenção primária ou básica:** compreendida como a "porta de entrada" dos usuários na rede: voltada para as ações de prevenção, diagnóstico e reabilitação. É nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que as pessoas procuram por atendimento nas áreas da clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia. As UBS são acessadas de acordo com o local de residência do usuário e são a referência comunitária de saúde para o território. Também é lá que as pessoas fazem exames de laboratório, tomam vacinas e realizam consultas com enfermeiras e clínicos gerais. Já os casos que requerem cuidados especializados são encaminhados para os outros níveis de atenção, referenciados como a média e a alta complexidade.
- **Atenção ambulatorial especializada ou de média complexidade:** requer profissionais aptos e recursos especializados para o diagnóstico, prognóstico e tratamento dos principais problemas de saúde da população. É nesse nível onde se realizam cirurgias e terapias especializadas, exames de imagem, entre outros procedimentos especializados.
- **Atenção hospitalar ou de alta complexidade:** recursos tecnológicos e profissionais com expertise para demandas de alta complexidade em saúde para tratamentos e procedimentos de alto custo e complexidade, como, por exemplo, os tratamentos oncológicos e cardiológicos.

1.2. Operação Acolhida

Além da rede de saúde já existente, para fazer frente ao fluxo migratório o, Governo Federal do Brasil organizou a Operação Acolhida em fevereiro de 2018, por meio da Medida Provisória nº 820/2018 posteriormente convertida na Lei nº 13.684, de 21 de junho de 2018. Esta lei prevê ações de atendimento emergencial para acolher pessoas em situação de vulnerabilidade devido aos fluxos migratórios ocasionados pela crise humanitária, principalmente no caso dos venezuelanos. A federalização do atendimento humanitário aos migrantes e refugiados visou atender às solicitações de apoio do governo de Roraima e organizar a partir das Forças Armadas (Marinha, Exército e Aeronáutica) o apoio logístico à Operação, que conta com organizações internacionais e entidades da sociedade civil.

O marco normativo que estrutura sua governança é disposto no Decreto nº 9.286/2018, que define “a composição, as competências e as normas de uncionamento do comitê federal de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária”. Sua estrutura de governança é coordenada pela Casa Civil e diversos Ministérios que compõem o Comitê Operacional Federal de Assistência Emergencial - CFAE, e a coordenação operacional e logística composta pela indicação do CFAE e parceiros, com a participação direta de 12 ministérios, coordenado pela Casa Civil da Presidência da República e um Coordenador Operacional foi definido para organizar o trabalho em Roraima, denominado Força-Tarefa de Logística Humanitária (FT-LOG). Além disso, tem como parceiros: Nações Unidas, Sociedade Civil, Instituições Religiosas, Iniciativa Privada, Estados e Municípios.

A segunda fase da Operação Boas-vindas, teve início a partir do Decreto nº 9.970/2019, que dispõe sobre o Comitê Federal de Assistência Emergencial, coordenado pela Casa Civil, e o coordenador operacional local. O decreto inovou com a criação dos subcomitês federais (Artigo 6 do supracitado Decreto): I - Subcomitê Federal para Recepção, Identificação e Triagem dos Imigrantes; II - Subcomitê Federal para Acolhimento aos Imigrantes em Situação de Vulnerabilidade; III - Subcomitê Federal para Interiorização e; IV - Subcomitê Federal para Ações de Saúde aos Imigrantes.⁷

Os eixos da Operação Acolhida são: Ordenamento da fronteira, Abrigamento de imigrantes e Interiorização. Segue abaixo de forma sucinta as ações de cada eixo.

⁷ Informações sobre as ações dos eixos da operação acolhida fornecidas pelo Informe Brasil – PADF.

Ordenamento de fronteira:

Operação de Controle de Fronteira do Exército Brasileiro, controle de entrada com regularização no país, documentação brasileira e vacinação. Ações emergenciais de saúde e proteção.

Locais ou pontos de atendimento. A estrutura abaixo está presente na divisa do município de Pacaraima.

PRI - Posto de Recepção e Identificação

- Acolhimento e orientação a refugiados e migrantes venezuelanos;
- Identificação e controle da entrada;
- Imunização;
- Defensoria pública de medidas de proteção de menores desacompanhados e demais diretrizes legais necessárias.

PITRIG - Posto de Triagem e Internalização

- Registo e regularização da migração de requerentes de asilo e residência temporária;
- Emissão de CPF e autorização de trabalho;
- Serviço Social;
- Proteção e defesa dos direitos humanos;
- Acolhimento temporário (BV8) até transferência para albergues ou internalização para outros locais em território brasileiro.

PAA - Posto de Atendimento Avançado:

- Atendimento médico de emergência e isolamento sanitário.

Em Boa Vista e Manaus, existem duas estruturas semelhantes, PITRIG e PRA - Estação de Recepção e Apoio, ambas instaladas próximas a rodoviárias internacionais para atender migrantes e refugiados.

PRA - Posto de Recepção e Apoio

As principais ações envolvem pessoas em situação de rua, com apoio para barracas para pernoite, fornecimento de jantar e café da manhã com doação da sociedade civil local, guarda-volumes e lavanderia.

Abrigamento de imigrantes:

Abrigo, alimentação e serviços de saúde são oferecidos a migrantes venezuelanos e refugiados em situação de vulnerabilidade. A gestão dos abrigos é compartilhada entre o Ministério da Cidadania (regra da política de abrigos no Brasil), as Forças Armadas (segurança e logística) e o ACNUR (normas internacionais para abrigos para migrantes e refugiados).

Interiorização:

Existem 04 modalidades gerais para o processo de interiorização:

- Abrigo para Abrigo: a primeira modalidade implementada. Modalidade em que as pessoas são transferidas de um abrigo em Roraima para um abrigo na cidade de destino. A administração municipal ou não governamental assume a gestão com o apoio da Operação Acolhida por 3 meses;
- Reagrupamento familiar: de acordo com o disposto no Acordo do Mercosul e na legislação brasileira de imigração, a pessoa ou família que manifestar interesse na reunificação, a Operação Acolhida em associação com a OIM, realiza o reagrupamento familiar;
- Encontro social: Quando há indicação de que um amigo deseja receber uma família ou uma pessoa, a Operação Acolhida faz a reunificação e há apoio após verificação dos critérios estabelecidos pela Operação;
- Internalização por oferta de emprego: hoje em dia são mais utilizados, a maioria dos beneficiários são homens cadastrados em um sistema integrado com o cadastro de empresas para recebimento dos trabalhadores.

A mobilização de diferentes setores e atores, dentro da sociedade civil, tem sido significativa para articular respostas diante da fragilização de alguns dos serviços públicos locais. Mesmo face à grande concentração de atores para responder às necessidades mais urgentes desta população, todo o cenário exige esforços de articulação entre entes públicos em diferentes campos de atuação.

2. Metodologia, alcance e fontes de informação



2.1 Objetivo Geral

Este estudo teve como objetivo geral mapear a rede de serviços de saúde e necessidades em saúde da população migrante e refugiada venezuelana no município de Boa Vista/RR, a fim de produzir relatório técnico e socializar os resultados com atores que compõem a rede do Programa Integrando Horizontes, PADF - Fundação Pan-americana para o Desenvolvimento.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar levantamento e disponibilidade da rede de serviços de saúde de Boa Vista/RR, ofertados à população migrante e refugiada venezuelana;
- Mapear necessidades em saúde satisfeitas e não-satisfeitas relatadas pela população migrante e refugiada venezuelana indígena e não-indígena a partir dos indicadores relacionados a vulnerabilidades e tipos das demandas;
- Analisar o corpus documental e de evidências levantadas em campo a partir dos instrumentos de coleta de dados desenvolvidos, com foco em relatos sobre demandas de saúde da população venezuelana migrante e refugiada indígena e não-indígena.

2.3 Componentes da metodologia utilizada:

Para o cumprimento dos objetivos descritos neste estudo “Análise Situacional e Diagnóstico do Sistema de Saúde em Boa Vista - RR”, a metodologia contou com três principais componentes a seguir:

Componente 01. Revisão e Sistematização Documental

O levantamento e sistematização documental objetivou tanto a definição das categorias analíticas para o levantamento e análise de dados, como o mapeamento dos atores e organizações que atuam no território.

O levantamento documental se deu a partir de três frentes:

- **Dados oficiais e documentos normativos produzidos pelo Estado brasileiro** - tanto em nível federal quanto nos níveis estadual e municipal. O levantamento se deu por meio de busca em canais oficiais de sítios eletrônicos dos órgãos públicos e de governo. Também solicitamos informações através da Lei 12.527/2011, também conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI). Para este trabalho, enviamos dois pedidos para o Ministério da Defesa, solicitando informações da Operação Acolhida, que foram respondidos em nove dias úteis. Também foram enviados dois pedidos para a Secretaria de Estado de Saúde de Roraima e mais dois para a Secretaria de Estado do Trabalho e Bem-Estar Social de Roraima (Setrabes).⁸
- **Literatura produzida em periódicos científicos analisados por pares.** O levantamento bibliográfico se deu em bases de dados nacionais e internacionais nos idiomas inglês e português. A busca levantou estudos empíricos ou análises contextuais sobre a situação da migração no Brasil pela população venezuelana. Foram levantados 21 artigos, publicados entre os anos de 2015 a 2021, e produzidos por diferentes campos do saber, como, por exemplo, na Saúde Coletiva, Direito, Medicina, Enfermagem, Psicologia, Relações Internacionais e Antropologia. Deste número total, 09 artigos eram relatos de pesquisas empíricas e 12 artigos relatos de opinião, análises teóricas ou contextuais. Ainda, foram consultados uma dissertação de mestrado e uma tese de doutorado.⁹
- **Documentos e relatórios produzidos pela sociedade civil e organismos internacionais sobre a situação da migração dos venezuelanos no Brasil.** Foram levantados 18 relatórios produzidos por diferentes organizações entre os anos de 2018 e 2021.¹⁰ Todos os documentos levantados foram classificados a partir da busca preliminar em plataformas digitais utilizando palavras-chaves a respeito da situação do fluxo migratório venezuelano para o Brasil, com ênfase em Boa Vista.

8 Os pedidos são realizados por meio da plataforma <https://falabr.cgu.gov.br/>, os órgãos dispõem de vinte dias (20) dias úteis, prorrogáveis por mais dez (10), para enviar as respostas. A Setrabes emitiu resposta em 21/07 informando que não poderia responder pelas ações destinadas aos migrantes e refugiados, pois estas seriam de responsabilidade municipal e/ou da Operação Acolhida. A resposta da SESAUI foi recebida em 03/08 por meio de ofício, na qual elenca que todos os serviços de saúde disponibilizados pela rede de atenção do Estado de Roraima são igualmente oferecidos para brasileiros ou migrantes.

9 A listagem com a sistematização dos documentos levantados apontados foi enviada à equipe da PADF.

10 Utilizamos como marco temporal para o levantamento de documentos a publicação do Decreto Nº 24.469 de 04 de Dezembro de 2017, que "Decreta situação de Emergência Social no Estado de Roraima, afetado por intenso processo migratório, ocasionado pela crise humanitária na Venezuela". Nesse sentido, o levantamento documental se deu prioritariamente sob o marco temporal posterior a esta data.

A sistematização de dados quantitativos se deu a partir dos documentos levantados nos itens descritos acima. Ou seja, a partir das fontes secundárias produzidas por organizações humanitárias e esferas de governo, a saber: Modalidades da Interiorização e dados quantitativos disponibilizados, Documentos de monitoramento do fluxo migratório, Documentos produzidos pela Operação Acolhida, Listas de estabelecimentos de saúde registrados em nível municipal e estadual, entre outros.

TIPOS DE DOCUMENTOS LEVANTADOS

Leis, Portarias, Decretos e Resoluções Normativas

Boletins Epidemiológicos

Relatórios produzidos por atores da sociedade civil e organismos internacionais

Dados populacionais produzidos pelo poder público

Documentários e/ou demais produtos audiovisuais

Notícias veiculadas na mídia

Artigos científicos e outras publicações acadêmicas

As leis, portarias e decretos foram distribuídas e sistematizadas em uma tabela. Os documentos e relatórios foram lidos e organizados também por ano, organização/instituição responsável pela publicação, metodologia utilizada para coleta das evidências, objetivo, principais achados e contribuições e ausências que pudessem ser percebidos em qualquer aspecto geral do texto. A partir desse apanhado, sistematizamos os dados principais para manejar categorias de análise, situar necessidades específicas e elencar atores e serviços de saúde como fundamentais para a interlocução no campo (Componente 2 descrito abaixo).

A busca ativa e a leitura desses materiais se mostrou fundamental para a análise das ações para o cuidado em saúde mapeadas neste estudo exploratório, bem como para a composição do levantamento das necessidades em saúde da população migrante e refugiada.

Componente 2. Entrevistas semiestruturadas com atores locais

Entre os dias 10 de junho e 06 de julho de 2021 foram conduzidas 41 entrevistas semiestruturadas com diferentes representantes que atuam direta ou indiretamente no cuidado em saúde à população migrante e refugiada venezuelana no município de Boa Vista - RR. As entrevistas foram realizadas na modalidade virtual, por meio de videoconferência, e presencialmente, com um total de 55 respondentes de 39 instituições.

CATEGORIAS DE ATORES ENTREVISTADOS

Gestores dos níveis estadual, municipal e federal

Profissionais de Saúde dos equipamentos e serviços locais

Trabalhadores de organizações internacionais, humanitárias e da sociedade civil

Migrantes e refugiados venezuelanos

As entrevistas contaram com um roteiro semi-estruturado previamente elaborado, com ênfase nas ações e serviços de saúde que compõem as redes de atenção. As entrevistas tiveram duração entre 30 e 80 minutos e foram conduzidas como uma conversa.¹¹ As participantes foram consultadas previamente sobre a condução do estudo e convidadas por meio de Carta de apresentação enviada pela coordenação da PADF. Ao todo foram enviadas 29 cartas para organizações da sociedade civil, organismos internacionais e entidades governamentais. Alguns atores foram entrevistados pela técnica de “bola de neve”, na qual eram indicados por outros participantes. Quando autorizadas, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para leitura e análise por parte das pesquisadoras.

¹¹ O tema do financiamento não foi tratado diretamente pelos atores entrevistados, mesmo quando perguntados. Também não tivemos acesso a documentos sobre o tema para análise neste estudo.

As identificações apresentadas neste relatório relacionam-se a três mulheres venezuelanas que compartilharam suas histórias conosco. A elas, pedimos autorização e enviamos o texto e as ilustrações para apreciação anterior à aprovação do relatório final. Acreditamos que a apresentação de suas trajetórias importam para destacar formas possíveis de mobilização comunitária e participação social.

Data da entrevista	Nome da Instituição / Órgão	Caracterização da instituição
10/06/2021	Serviço Jesuíta para Migrantes e Refugiados (SJMR)	Organização da Sociedade Civil
10/06/2021	Instituto Missões da Consolata	Organização da Sociedade Civil
11/06/2021	Serviço da Pastoral do Migrante (SPM)	Organização da Sociedade Civil
15/06/2021	Núcleo de Saúde Operação Acolhida	Órgão Federal
17/06/2021	Unidade Básica de Saúde (UBS) - 13 de Setembro	Órgão municipal (Boa Vista)
17/06/2021	Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA	Organismo Internacional
18/06/2021	Casa Valiente por la Vida	Organização da Sociedade Civil
18/06/2021	Operação Acolhida/ Força-Tarefa Logística Humanitária (FT - LOG)	Órgão Federal
18/06/2021	Médicos Sem Fronteiras (MSF)	Organização da Sociedade Civil
21/06/2021	Ministério Público Federal	Órgão Federal
21/06/2021	Associação Voluntários para o Serviço Internacional Brasil (AVSI)	Organização da Sociedade Civil
21/06/2021	Secretaria Estadual de Saúde	Órgão estadual (Roraima)
22/06/2021	UNAIDS	Organismo Internacional
22/06/2021	UNICEF	Organismo Internacional
23/06/2021	Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)	Organização da Sociedade Civil
23/06/2021	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR)	Organismo Internacional
24/06/2021	Cáritas - Projeto Orinoco	Organização da Sociedade Civil
24/06/2021	Organização Internacional de Migrações (OIM)	Organismo Internacional

Data da entrevista	Nome da Instituição / Órgão	Caracterização da instituição
25/06/2021	PADF - Fundação Pan-americana para o Desenvolvimento	Organização da Sociedade Civil
25/06/2021	Superintendência de Vigilância Epidemiológica	Órgão municipal
25/06/2021	Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)	Organismo Internacional
25/06/2021	Centro de Prevenção do Câncer de Colo e Mama (CPCOM)	Órgão estadual
26/06/2021	Maternidade Retaguarda	Órgão estadual
26/06/2021	Plataforma R4V	Organismo Internacional
28/06/2021	Coordenadoria Geral de Atenção Básica - SESAU	Órgão estadual
28/06/2021	Departamento de Vigilância Epidemiológica	Órgão estadual
28/06/2021	Fraternidade Federação Humanitária Internacional (FFHI)	Organização da Sociedade Civil
29/06/2021	Coordenadoria de Saúde Mental	Órgão municipal
29/06/2021	Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais (ADRA)	Organização da Sociedade Civil
01/07/2021	Defensoria Pública do estado de Roraima	Órgão estadual
01/07/2021	Centro de Atenção Psicossocial - CAPS 2	Órgão municipal
02/07/2021	Secretaria Municipal de Saúde	Órgão municipal
02/07/2021	Superintendência da atenção primária à saúde	Órgão municipal
06/07/2021	Cáritas Regional	Organização da Sociedade Civil

Componente 3. Observação participante e conversas informais com migrantes ou refugiados venezuelanos

A inclusão deste componente relaciona-se à compreensão de que **as redes de atenção em saúde não são apenas aquelas institucionalizadas, mas todas as redes que produzem cuidados - sejam elas redes formais ou informais.**

Importa compreender de que maneiras os usuários de saúde atuam como agentes de transformação social e se articulam para a composição das suas próprias estratégias de cuidado.

Considerando o caráter do presente estudo, este componente serviu para uma aproximação de escuta das necessidades de pessoas migrantes e refugiadas para composição da lista de sugestões de atuação que poderão produzir resultados futuros.

Foram realizadas conversas, grupos focais e/ou observação participante nos seguintes locais e equipamentos de saúde: Abrigo Jardim Floresta, Casa Valiente por la Vida, Cáritas, Centro de Prevenção ao Câncer (CPCOM), Núcleo de Saúde da Operação Acolhida, Unidade Básica de Saúde 13 de Setembro, Serviço Jesuíta a Migrantes e Refugiados, Serviço da Pastoral do Migrante - SPM, Ocupação Aprisco e Ocupação Cel. Monteiro.

3. Levantamento de informações, achados e descobertas



O levantamento e sistematização dos dados empíricos e documentais integraram a composição dos elementos para análise situacional e diagnóstico de como as ações e serviços se compõem para o atendimento às necessidades em saúde da população migrante ou refugiada. Nossa análise se deu em nível local. Nesse sentido analisamos de que maneiras as redes de atenção em saúde aos migrantes venezuelanos no município de Boa Vista estão compostas, tendo sob perspectiva as necessidades em saúde dessa população. Levar em consideração as diferentes camadas de vulnerabilidade enfrentadas também foi tomado como um aspecto central para a compreensão das necessidades em saúde (LUNA, 2019).

Neste capítulo abordaremos os resultados deste estudo. Integramos a discussão e análise dos dados qualitativos, bem como a sistematização de dados quantitativos levantados a partir de fontes secundárias - estes últimos especialmente produzidos pelo Estado brasileiro.

3.1. Mapeamento dos atores no território

Partimos da perspectiva de que o cuidado em saúde deve ser compreendido a partir da concepção de redes de atenção, e que também integre as necessidades em saúde das populações-alvo.

As ações para o cuidado em saúde são constituídas por diversos atores, por isso são complexas e multifacetadas.

A seguir apresentamos uma lista dos principais atores da sociedade civil e organismos internacionais que compõem a rede de atenção à saúde de maneira direta ou indireta, complementando as ações do SUS. As organizações aqui incluídas são as que aceitaram participar do diagnóstico e que realizavam alguma atividade durante o período do estudo de campo no território, ou seja, entre junho e julho de 2021. Consideramos ações indiretas aquelas que, mesmo sem a oferta de ações ou serviços, se articulam para fortalecimento das iniciativas para o cuidado em saúde e fortalecimento do SUS durante a resposta à crise humanitária. Abaixo elencamos as organizações da sociedade civil ou organismos internacionais que atuam direta ou indiretamente com saúde e que participaram da fase da coleta de dados para o estudo.

Nome da organização	Ações para cuidado em saúde
Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais (ADRA)	<ul style="list-style-type: none"> · Atividades de Atenção Primária à Saúde: intervenções preventivas e curativas, acesso à informação, atividades de saneamento e higiene (wash) · Cursos de formação em atividades técnicas · Parceira-implementadora de programas da UNICEF
Agência da ONU para Refugiados - Alto-comissariado das Nações Unidas para os Refugiados(ACNUR)	<ul style="list-style-type: none"> · Gerenciamento de Abrigos (de forma compartilhada com o Ministério da Cidadania e Operação Acolhida) · Registro de pedidos de refúgio · Apoio à interiorização · Ações de combate à violência baseada em sexo e gênero · Apoio a vítimas de violência baseada em sexo e gênero e população LGBTQI+
Associação Voluntários para o Serviço Internacional Brasil (AVSI)	<ul style="list-style-type: none"> · Parceira-implementadora de programas da ACNUR para gestão de abrigos de refugiados venezuelanos não-indígenas com triagem e encaminhamento para serviços especializados de saúde · Ações voltadas à melhoria de condições sanitárias e acesso à água
Centro de Migrações e Direitos Humanos da Diocese de Roraima (CMDH)*	<ul style="list-style-type: none"> · Suporte a migrantes e refugiados a se regularizarem no Brasil · Encaminhamento de migrantes aos serviços de saúde da rede SUS
Casa Valiente por la Vida	<ul style="list-style-type: none"> · Coletivo não-formalizado de suporte a venezuelanos vivendo com HIV/Aids · Encaminhamento à rede SUS para testagem e tratamento · Hospedagem de venezuelanos
Cáritas	<ul style="list-style-type: none"> · Distribuição de kits de higiene · Doação de alimentos · Atendimento psicossocial para encaminhamento à rede SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) · Ações voltadas à melhoria de condições sanitárias e acesso à água - Projeto Orinoco¹²
Cruz Vermelha Brasileira* ¹³	<ul style="list-style-type: none"> · Produção de materiais de acesso à informação para migrantes com o mapa dos serviços de Boa Vista, incluindo um guia de apresentação à rede SUS e a serviços de saúde sexual e reprodutiva · Ações voltadas à melhoria de condições sanitárias e acesso à água · Doações de alimentos · Promoção de reestabelecimento de vínculos familiares, e com respostas às pessoas privadas de liberdade

12 O projeto Orinoco: águas que atravessam fronteiras possui três instalações em Boa Vista e objetiva garantir água, saneamento e materiais de higiene para pessoas em situação de rua e ocupações espontâneas em Boa Vista e Pacaraima.

13 *Estivemos em contato com as coordenadoras das duas organizações. No caso da Cruz Vermelha, não conseguimos realizar a entrevista, por motivos de agenda e logística. No caso da CMDH, agradecemos imensamente a generosidade e abertura da coordenadora irmã Telma Lages, que esteve em contato conosco em alguns momentos quando soube da infecção por Covid-19. Infelizmente, a irmã Telma não resistiu à doença e faleceu no dia 22/06/2021. Deixamos registrado profundo lamento e agradecemos por toda sua dedicação na atuação pelos direitos de migrantes e refugiados.

Nome da organização	Ações para cuidado em saúde
Fraternidade Humanitária Internacional	<ul style="list-style-type: none"> · Parceira-implementadora de programas da ACNUR com gestão de quatro abrigos indígenas em Boa Vista e um em Pacaraima · Apoio à prestação de serviços de alimentação, saúde básica (através do NSA), abrigo e educação · Produção de materiais de acesso à informação sobre os serviços de saúde da rede pública brasileira. Material produzido em quatro idiomas (Português, Espanhol, Warao e Panare), visando promover a comunicação entre as etnias indígenas e os profissionais de saúde da rede pública
Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)	<ul style="list-style-type: none"> · Ações de fortalecimento à rede SUS · Orientações e encaminhamento acerca de serviços de saúde sexual e reprodutiva · Prestam assistência direta para gestantes, puérperas, adolescentes e pré-adolescentes, população LGBTQI+ · Encaminhamentos relacionados às situações de violência baseada em gênero
PADF - Fundação Pan-americana para o Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> · Realização de ações, jornadas, brigadas em saúde com enfoque em atenção primária e secundária; · Hortas Medicinais. · Análise da situação de saúde das comunidades venezuelanas, incluindo as indígenas em Boa Vista; · Ações voltadas à melhoria de condições sanitárias e acesso à água para populações indígenas (WASH); · Promoção de hábitos de cuidado contra a COVID-19.
Médicos Sem Fronteiras (MSF)	<ul style="list-style-type: none"> · Triagens em pacientes em abrigos informais ou ocupações · Ações voltadas à melhoria de condições sanitárias e acesso à água · Distribuição de kits de higiene · Atendimento em clínicas móveis em Boa Vista, periferias e diferentes municípios · Apoio à saúde mental, promoção de saúde e enfermagem · Atenção à saúde sexual e reprodutiva em UBS e unidades volantes móveis · Serviço de advocacy para apresentar melhorias à rede de saúde
Organização Internacional de Migrações (OIM)	<ul style="list-style-type: none"> · Atendimento em unidades móveis de saúde · Doações de alimentos e medicamentos · Atenção à saúde com equipe multidisciplinar · Acompanhamento e mapeamento de refugiados e migrantes venezuelanos desabrigados · Produção de boletins onde há uma seção específica sobre saúde
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)	<ul style="list-style-type: none"> · Ações de promoção de saúde mental e apoio psicossocial · Capacitação de migrantes e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários nos abrigos e ocupações espontâneas · Articulação com gestores locais sobre temas prioritários

Nome da organização	Ações para cuidado em saúde
Serviço Jesuíta para Migrantes e Refugiados – SJMR	<ul style="list-style-type: none"> · Orientação sobre a rede de saúde e suporte para acesso a medicamentos, exames e demais atendimentos não disponíveis no SUS local · Oferta de auxílio-saúde mediante receita ou encaminhamento médico · Oferta de cartão de alimentação e cesta básica
Serviço da Pastoral do Migrante - SPM	<ul style="list-style-type: none"> · Cadastramento de migrantes e refugiados para distribuição de alimentos, medicamentos e acompanhamento das situações de maior vulnerabilidade · Distribuição de kits de higiene e cestas básicas; · Parceria com a UNFPA para realização de rodas de conversa com migrantes e refugiados · Parceria com MSF para atendimento em saúde mensal nas comunidades · Priorizam atendimento de famílias numerosas, monoparentais, com idosos ou pessoas com deficiência
Exército da Salvação	<ul style="list-style-type: none"> · Atendimento psicossocial · Encaminhamento à rede SUS de questões de saúde mental de alta complexidade · Atividades coletivas em saúde mental nos abrigos informais / ocupações · Acompanhamento familiar e encaminhamento à rede SUAS · Programa de prevenção à exploração sexual de crianças e adolescentes (CLAVES) · Oferta de serviço de fisioterapia · Oferta de banhos, lavagens de roupas e refeições prioritariamente a pessoas em situação de rua · Prioridade no atendimento a pessoas vítimas de violência baseada em gênero
Instituto Missões Consolata	<ul style="list-style-type: none"> · Distribuição de alimentos e medicamentos em vilas de famílias indígenas e a pessoas em situação de rua - Ações para acesso a informação sobre a rede de saúde pública e as agências humanitárias
UNAIDS	<ul style="list-style-type: none"> · Orientação e prevenção de HIV com populações prioritárias (Gays e outros HSH, pessoas trans, trabalhadores(as) sexuais, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade, população jovem, população em situação de rua, população indígena e população negra) · Produção de materiais informativos e acessíveis sobre HIV e outras ISTs para grupos mais vulnerabilizados · Propostas de ações em Promoção, Prevenção e Testagem do HIV, IST e COVID-19 · Realização de webinários direcionados aos profissionais de saúde, das forças armadas e trabalhadores humanitários com o enfoque no combate da discriminação e estigma em relação ao HIV e também prevenção combinada, incluindo PeP e PreP

Nome da organização	Ações para cuidado em saúde
UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> · Atividades de Atenção Primária à Saúde: intervenções preventivas, apoios às Unidades Básicas de Saúde (UBS), acesso à informação, atividades de saneamento e higiene (wash) · Atendimento por demanda espontânea e encaminhamento para UBS de referência · Articulação intersetorial com gestores locais e agências implementadoras sobre temas prioritários · Monitoramento e realização de ações voltadas para atender às necessidades de crianças, adolescentes e suas famílias nas áreas de Nutrição, Saúde Bucal, Higiene e Saúde Sexual e Reprodutiva · Encaminhamento de casos de risco nutricional à rede pública de saúde · Apoio à vacinação e monitoramento da situação vacinal · Monitoramento de casos suspeitos de Covid-19 em abrigos de migrantes e refugiados e em ocupações espontâneas, e encaminhamento às áreas de proteção e avaliação médica da Força Tarefa do Exército Brasileiro

Como as redes de saúde locais do Estado de Roraima e município de Boa Vista são vinculadas ao SUS, é importante destacar que, segundo a tabela de Classificação do Tipo de Estabelecimento de Saúde - CNES existem 144 serviços vinculados ao Estado de Roraima. Destes, 42 estão sob gestão estadual (que engloba serviços em 15 municípios, com a maioria da atenção especializada centrados na capital) e 102 sob gestão do município de Boa Vista. Os serviços de gestão estadual como pronto-socorro, unidades de tratamento intensivo (UTIs) pediátricas ou adulto, hospital geral e maternidade se localizam na cidade de Boa Vista. Além disso, clínicas para exames de imagem, laboratórios especializados de análises clínicas e tratamento de oncologia também são oferecidos apenas na capital. A gestão municipal, responsável pela atenção básica, está relacionada à oferta de serviços como as coordenadorias municipais, laboratórios de análises clínicas, unidades móveis e Unidades Básicas de Saúde - UBS (sendo 34 unidades divididas em microregiões).^{14 15}

14 É importante salientar que a população do Estado concentra-se na capital, Boa Vista, sendo cerca de 80% dos habitantes no total (SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA, 2015). Além disso, ressalta-se que no SUS, no oferecimento dos serviços públicos, também estão incluídos os serviços de atenção à saúde suplementar que são os serviços privados ou vinculados a planos de saúde pagos. A lista de serviços de atenção à saúde suplementar não foram incluídos neste estudo.

15 A tabela do CNES foi acessada no sistema cnes-web em Julho de 2021. O documento lista os serviços de saúde de Roraima sob gestão estadual e municipal e foi enviado em arquivo separado à equipe do FUPAD.

3.2. Categorias Analíticas do mapeamento para cuidado em saúde

Diante das múltiplas possibilidades de olhares para avaliação da rede de atenção em saúde da população migrante e refugiada venezuelana, delimitamos o foco deste relatório em 05 principais categorias analíticas que emergiram dos dados qualitativos levantados:

- **Acesso e equidade nos serviços de saúde**
- **Respeito às diversidades étnico-culturais: a população indígena venezuelana**
- **Integrando as redes de cuidado e redes de informação**
- **Fortalecimento das Capacidades Locais e Participação Social**
- **Necessidades em saúde**

Acesso e equidade nos serviços de saúde

A legislação brasileira prevê a saúde como um direito fundamental e que, portanto, deve ser garantida de maneira universal e gratuita a todos os brasileiros e visitantes no território nacional. **Não foi incomum o relato de o cartão do SUS ser o primeiro documento emitido no Brasil** - especialmente entre as pessoas migrantes e refugiadas vindas pelas chamadas “trochas” durante o fechamento da fronteira terrestre entre Brasil e Venezuela.

O cartão do SUS tem se mostrado como o primeiro símbolo de participação cidadã no território brasileiro.

O princípio da equidade é um dos componentes que norteiam as diretrizes para o cuidado em saúde no SUS, sendo este diretamente ligado à compreensão da justiça social. Nessa perspectiva, a equidade para acesso ao cuidado e atenção em saúde deve levar em conta as diferentes necessidades dos indivíduos em sua diversidade e camadas de vulnerabilidade. Especialmente considerando fatores como escassez de recursos, classificações de risco e prioridades de atendimento - que envolvem as urgências, bem como as necessidades de grupos sociais específicos (como população em situação de rua, pessoas com deficiência, gestantes e lactantes, entre

outros grupos prioritários). No caso da população migrante e refugiada, importa também compreender o contexto em que se dá o acesso aos serviços de saúde para que seja possível uma atenção em saúde igualitária e sem discriminação, visto que o SUS deve ter cobertura universal em saúde para qualquer pessoa vivendo no território nacional, em todos os níveis de atenção.

A emissão do cadastramento para o cartão do SUS não depende de documentação migratória regularizada. Este é feito no que se entende como a “porta de entrada” do SUS, ou seja, os atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). No entanto, os encaminhamentos para a atenção secundária ou terciária ou mesmo o acesso a medicamentos depende do CPF e/ou de documentos com foto. Em especial, as pessoas indocumentadas que chegaram após o fechamento da fronteira por “trochas” têm acesso ao “cartão SUS” que permite o atendimento primário da saúde, mas não têm acesso à documentação (como CPF), documentos exigidos no território para o acesso a medicamentos ou consultas de agravos.

Nesses casos, observamos uma importante articulação entre as organizações internacionais em parceria com o setor privado para a realização de exames e distribuição de medicamentos e outros suprimentos. Alguns dos medicamentos que foram citados como distribuídos fora da rede SUS, mas mediante apresentação do laudo médico (ou instrumento equivalente, como a receita médica) são tratamentos psiquiátricos não especificados e medicamentos para controle de pressão e diabetes. Observou-se que tanto o acesso a exames como aos medicamentos são em sua maioria iniciativas de organizações religiosas ou baseadas em fé.

Apesar de as barreiras para o acesso à saúde não se relacionarem à legislação vigente, os principais fatores que contribuem para a violação da equidade no acesso a serviços de saúde são: **escassez de acesso à informação; barreiras étnico-culturais; exigências de documentos para acesso a serviços especializados de saúde e medicamentos; desarticulação das redes de atenção e cuidado em saúde.**

De forma geral, **percebe-se uma diferença no acesso aos serviços de saúde entre pessoas migrantes e refugiadas moradoras de aluguel ou em situação de rua daqueles que estão abrigados**. Isso se deve principalmente à estruturação da rede de apoio complementar aos serviços de saúde composta pela Operação Acolhida para a população que está abrigada, e em menor proporção aos serviços de organizações internacionais que realizam busca ativa e/ou ações em saúde para moradores de ocupações espontâneas.

Segundo monitoramento da OIM (2021) no mês de Junho de 2021, foram identificadas 1.866 pessoas vivendo em ocupações espontâneas (também conhecidos como abrigos informais), situação de rua e no Posto de Recepção e Apoio (PRA) da Rodoviária, conforme descrito a seguir:



Quanto aos abrigos formais:



Não há dados precisos, mas estima-se que:



¹⁶ Dados atualizados em 26/07/2021.

De alguma forma, as ocupações também recebem organizações humanitárias ou mesmo serviços da rede SUS, que realizam busca ativa. Alguns participantes elencaram que faziam uso de unidades móveis para prover atendimento em espaços próximos às chamadas ocupações espontâneas. Aos moradores de aluguel¹⁷, o acesso em geral se dá pela porta de entrada da rede SUS, ou seja, as Unidades Básicas de Saúde, que em algumas ocasiões, acarreta em maiores barreiras, em especial devido as fragilidades no acesso à informação.

Foram relatadas barreiras que impedem a compreensão sobre o funcionamento do fluxo de atendimento na rede SUS: dificuldades para emissão da documentação regular para acesso a exames e medicamentos, falta de informação sobre como a rede SUS e seus serviços funcionam e barreiras de idioma.

Os determinantes sociais de saúde se interrelacionam para a composição e agravamento das camadas de vulnerabilidade da população migrante e refugiada. A saúde representa uma dimensão individual, visto que são as pessoas que necessitam de cuidados. Porém as condições sociais, culturais, políticas e ambientais também se compõem como fatores relevantes. A equidade em saúde é uma questão de direitos humanos, e não se esgota apenas no acesso ao atendimento. Também se fazem necessárias ações de políticas intersetoriais vinculadas à justiça social (BRASIL, 2008).

Uma das estratégias para o acesso à saúde recorrentes perpassa pelo acionamento do sistema de justiça. **O tema da judicialização da saúde surgiu nos relatos sobre casos de pedidos de interiorização de pessoas migrantes e refugiadas para tratamento especializado em outro estado e para acesso a medicamentos.** Cabe compreender que, o SUS garante, por meio do TFD – Tratamento fora do Domicílio, a mobilidade para outros estados ou municípios para garantir o tratamento especializado em saúde. No entanto, não é incomum que o acesso ao TFD não seja disponibilizado, o que torna a via judicial um instrumento recorrente para garantir o acesso à saúde no Brasil, em especial para acesso à atenção terciária ou alta complexidade. Conforme o levantamento do Departamento de Pesquisas Judiciárias (CNJ) entre 2008 e 2017, foi registrado aumento de 130% nas ações de saúde (CNJ, 2019). As demandas em território nacional, segundo este relatório, são variadas e envolvem tratamento médico-hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos, serviços hospitalares, dentre outros.

¹⁷ Migrantes e refugiados que conseguem trabalho remunerado optam pela moradia em casas ou apartamentos por meio do regime de aluguel. No entanto, visto que os recursos próprios normalmente advêm de trabalhos precários, ouvimos relatos de muitas instituições que apoiam monetariamente o aluguel (pagando o mesmo aos proprietários) de forma esporádica por um curto período de tempo.

A judicialização para garantir o direito à saúde da população migrante e refugiada fica explícita quando analisamos uma Ação Civil Pública (ACP)¹⁸ proposta pela Defensoria Pública da União, [em parceria com organização da sociedade civil](#). A ACP tinha por objeto contestar a [Lei Municipal n.2074/2020](#) da Prefeitura de Boa Vista, que limitava em até cinquenta por cento (50%) os serviços públicos municipais de saúde para migrantes e refugiados.

O documento alegava ainda que a limitação dos atendimentos feria os princípios de acesso à saúde de forma não-discriminatória e a garantia de tratamento igualitário. O Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF-1) [acatou o pedido](#) e determinou o cumprimento da universalidade na atenção em saúde, na qual é vedada qualquer segregação por nacionalidade que restrinja atendimento a pessoas migrantes ou refugiadas. Além disso, o Tribunal determinou a [fixação de um informe à população](#) sobre os direitos de migrantes acessarem os serviços em igualdade de condições. O informe deve estar em todos os estabelecimentos de saúde e em local visível para amplo conhecimento.

Cabe ressaltar que esta decisão foi tomada em abril de 2020 sob a Lei Municipal promulgada em 07 de janeiro de 2020. Em nenhuma entrevista foi mencionada esta Lei Municipal que limitou o acesso a migrantes ou refugiados em serviços de saúde ou quaisquer outras formas de restrição de acesso. Nas entrevistas realizadas, não houve menção desta Lei Municipal que limitou o acesso a pessoas migrantes ou refugiadas em serviços de saúde ou quaisquer outras formas de restrição de acesso.

Respeito às diversidades étnico-culturais: a população indígena venezuelana

A Operação Acolhida tem entre sua estrutura de acolhimento, os abrigos federais para o abrigamento de pessoas migrantes e refugiadas. No município de Boa Vista, há quatro abrigos exclusivos à população indígena venezuelana. O SUS contempla o atendimento à saúde dos povos indígenas brasileiros por meio da Lei nº 9.836/99, conformando uma rede de serviços implantada nas terras indígenas para atender essa população, a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais. Seguindo os princípios do SUS, esse subsistema considerou a participação indígena como uma premissa fundamental para o melhor controle e planejamento dos serviços, bem como uma forma de reforçar a autodeterminação desses povos. Considerando o formato de atendimento da população indígena pela rede SUS, não ouvimos qualquer menção à interculturalidade necessária para a prática da medicina tradicional ou acolhimento pelo subsistema de saúde indígena.¹⁹ A referência com a rede do SUS e ao Núcleo de Saúde da Operação Acolhida - NSA nos abrigos indígenas

¹⁸ A Ação Civil Pública é prevista pela Lei Federal n. 7347/1985 e se destina à proteção de direitos difusos e coletivos tanto por iniciativa do Estado quanto de associações com finalidades específicas.

¹⁹ A Fraternidade Internacional (em parceria com ACNUR) publicou uma cartilha intitulada "Comunicação sobre Saúde com Indígenas Warao e Eñepa", disponível em português, espanhol, e também nos idiomas Warao e Panare, nativos dessas populações. Link para acesso: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2020/05/Cartilha-Sa%C3%BAde-Ind%C3%ADgena-Online.pdf>

(e nos demais) é realizada por uma agência implementadora. Antes da implementação do Núcleo de Saúde (NSA) da Operação Acolhida em 2020, os abrigos tinham um profissional de referência em saúde. No entanto, a partir da centralização dos serviços de saúde em um único local - no NSA, não há mais profissionais de referência e nem organização dos usuários em comitês. Segundo as entrevistas, o profissional de referência em saúde nos abrigos facilitava processos permanentes de atenção preventiva nas bases comunitárias da organização social dos abrigos.²⁰

A saúde indígena tem uma atenção especial no SUS, configurando o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), instituído pela Lei nº 9.836/1999, com a posterior promulgação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) em 2002. Organizada em trinta e quatro (34) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em todo o Brasil, trata de garantir a atenção primária considerando o contexto intercultural e, em especial, o fortalecimento da medicina tradicional (BRASIL, 2019). A atenção em saúde pelos DSEI é realizada nos territórios indígenas sob responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), gestora operacional do SasiSUS. No estado de Roraima, há dois DSEI: Leste de Roraima e Yanomami.²¹

A situação da população indígena venezuelana é um fator de atenção desde o início do fluxo migratório por suas condições específicas. O Conselho Nacional de Direitos Humanos - CNDH apontou em 2018 a recomendação para um plano de ações contendo soluções duradouras para as populações indígenas vindas da Venezuela, sugerindo a inclusão de modelos de moradia (além do formato de abrigos) e meios de vida à população indígena venezuelana que se encontra instalada em cidades brasileiras (CNDH, 2018).

20 Uma das ações do Programa Integrando Horizontes - PADF apoia a organização associativa da população indígena venezuelana por meio de ações que envolvem a integração comunitária, promoção dos saberes tradicionais e formação de lideranças políticas.

21 Segundo dados do Ministério da Saúde, o DSEI Yanomami cobre uma população indígena de aproximadamente 28 mil pessoas (duas etnias: Yanomami e Yekuana). Conta com 78 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI); 37 Polos Base e 1 Casa de Saúde Indígena (CASA). O DSEI Leste de Roraima cobre uma população de aproximadamente 52 mil indígenas de sete etnias. São 285 UBSI, 34 Polos Base e 1 CASA! prestando atendimento à população indígena. Fonte: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/viewNoticia.php?CodNot=9b6900c0db>

A demanda mais referida em saúde da população indígena trata de **saúde mental e uso abusivo de álcool e outras drogas**. Houve relatos sobre casos em que indígenas venezuelanos passaram a viver em situação de rua **após a expulsão dos abrigos por intercorrências em razão das situações advindas pelo uso abusivo destas substâncias**.

A gravidez na adolescência também é um tema recorrente, no entanto não houve relatos de uma política explícita e contínua na rede SUS para distribuição de insumos de saúde sexual e reprodutiva, como anticoncepcionais hormonais ou de longa duração. Apenas as ações que envolvem organismos internacionais foram apontadas neste tema.

No período em campo, não se identificou menções ou relatos sobre o atendimento da população indígena venezuelana pelos distritos de saúde indígena. Tal fato impõe maiores camadas de vulnerabilidade e agravos a esta população, uma vez que o respeito às especificidades étnicas e socioculturais e às práticas terapêuticas de cada grupo são fundamentais para o cuidado integral à saúde.

A resposta às questões de saúde da população indígena venezuelana deve contemplar a diversidade étnico-cultural e suas formas de organização social e modos de vida, primando pela autodeterminação dos povos indígenas quanto às suas concepções de atenção à saúde. No caso da população migrante e refugiada é necessária uma especial atenção das políticas públicas e da forma que envolvem as regras de abrigamento de modo a contemplar a autonomia dessa população. Pelos relatos, muitos indígenas já chegam ao Brasil com histórico de insegurança alimentar, desnutrição entre outros agravos de saúde. Neste sentido, suas condições gerais de saúde inspiram cuidados especializados desde a chegada no país. Um outro aspecto ligado à autonomia e ao respeito às suas diversidades étnico-culturais relaciona-se às formas de organização política e social entre as comunidades indígenas. Nas observações do campo, percebe-se que a figura dos *aidamos* é fundamental para os processos decisórios sobre modos e condições de vida possíveis no acolhimento dos abrigos. Essas representações políticas ocorrem por indicações entre os representantes das próprias etnias. Estes se reúnem coletivamente para tomada de decisões por temas - como saúde, questões de segurança, alimentação, esporte e cultura (entre outros).²²

²² Segundo o ACNUR (2021) *aidamo* é um termo utilizado para definir a liderança Warao, equivalente aos caciques das etnias indígenas brasileiras. No entanto, chama a atenção que as divergências entre os indígenas sobre quem é considerado *aidamo*: para alguns essa categoria só serve para as lideranças constituídas na Venezuela enquanto as lideranças constituídas no Brasil são legítimas representações políticas, mas tem posição social e política distinta à dos *aidamos* (ACNUR, 2021, p.43).

Importa ressaltar que muitos povos indígenas vindos do território venezuelano já viviam em condições transfronteiriças, nas quais as relações sociais e culturais entre as fronteiras são anteriores ao início de um maior fluxo migratório da população venezuelana não-indígena. Ou seja, algumas etnias já circulavam em território brasileiro. Nesse contexto, a garantia de direitos aos povos indígenas em situação de deslocamento passa por diferentes regulações na legislação brasileira. O direito à mobilidade indígena transfronteiriça é um dos artigos da Convenção n. 169 sobre Povos Indígenas e Tribais da Organização Internacional do Trabalho – OIT.²³ Este caso atualmente tem se aplicado aos Pemón - Taurepang, mas não se aplica às etnias Warao, Eñepa, Kariña, entre outras que também compõem grande parte do fluxo migratório. Segundo a Lei Federal n. 13.445, que Institui a Lei de Migração, a situação de fronteiras deve ser regulada. Alguns debates apontam que a atual Lei de Migração reduz o reconhecimento do direito à livre circulação dos povos indígenas em terras de ocupação originária. Dessa forma, podem criar situações de irregularidade artificial prejudicando aqueles que não são estrangeiros, mas sim povos indígenas transfronteiriços (DUPAS; BOTELHO; 2017).

Segundo a OIM (2020) evidencia-se a presença de populações indígenas a partir dos marcos internacionais de direitos humanos que reconhecem a circulação de pessoas reguladas por relações sociais e culturais próprias. No caso da migração venezuelana, a OIM (2020) afirma que há no Brasil hoje três povos indígenas oriundos da Venezuela, com suas línguas e modos de vida diferenciados, Warao, Eñepa e Akawayo, além de pessoas de outros povos em situação marital, como foi registrado pelo casamento de Waraos com Kariñas. Ainda entre os Yanomami e Ye'kuana (povos transfronteiriços) se registra a presença de famílias oriundas da Venezuela vivendo com parentes no Brasil. Salientamos, que na observação do Abrigo Jardim Floresta, realizada nos dias 10 e 11 de junho de 2021, foi informada a presença de etnias Warao, Eñepa, Kariña e Pemón. Como estratégia para complementar os dados levantados durante nossa permanência em campo, também realizamos triangulação de dados pela busca de fontes documentais. Até 26 de julho de 2021, viviam 1.507 indígenas nos abrigos em Boa Vista.²⁴

23 Adotada pelo Brasil por meio do Decreto nº 5.051, de 19 de Abril de 2004 e posteriormente revogada pelo Decreto nº 10.088, de 05 de Novembro de 2019.

24 Dados retirados do infográfico do perfil da população migrante vivendo nos abrigos. Acesso em 27 de julho de 2021. Disponível no link: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiZTRhOWVlOTgtYTk2MS00YmY3LWVlY2YtMGM1Y2MzODFjMmVjliwidCl6l-mU1YzM3OTgxLTY2NjQ0tNDEzNC04YTBjLTY1NDNkMmFmODBiZSIsImMiOjh9>

Relato 01 • • • •

Luta por direitos dos povos Warao em Boa Vista

Leany Torres é uma jovem mulher indígena venezuelana da etnia Warao. Na Venezuela trabalhava como professora. Conta que foi diretora de um grupo cultural de dança contemporânea e tradicional. Chegou ao Brasil há pouco mais de dois anos acompanhada de sua filha e sobrinha. As dificuldades enfrentadas durante a travessia e após a chegada ao novo país não retiraram sua esperança em construir uma nova vida e garantir direitos ao seu povo. Foi aídamo vice, e por ausência do aídamo geral, durante oito meses foi aídamo em Ka Ubanoko, algo importante por ser mulher e jovem. Foi acompanhada por uma maioria de líderes homens. Decidiu renunciar à posição de aídamo para liderar a mudança de famílias que saíram do abrigo para um terreno próprio. Leany descreve que estabelecer-se em uma nova morada fora dos abrigos traz esperança sobre o futuro, na qual seu povo poderá exercer autonomia e protagonismo. Leany descreve as lutas de seu povo para o reconhecimento de sua cultura, identidade e valores. Neste momento tem atuado pelo protagonismo de outras jovens indígenas. Sua luta é para que seja possível a construção de projetos de vida, formação profissional e oportunidades de trabalho.

Para Leany, garantir saúde é também tornar possível o futuro com cidadania ao seu povo, com respeito às suas tradições étnicas e culturais. Ela aponta que sem diálogo aberto e intercultural não haverá cuidado integral em saúde. Para isso, importa incluir verdadeiramente os indígenas, considerando sua diversidade de etnias, e suas lideranças no centro das respostas.



Integrando as redes de cuidado e sistemas de informação

Durante as entrevistas, **tanto organismos internacionais como organizações da sociedade civil destacaram projetos vinculados para o apoio à rede local do SUS. Alguns participantes apontaram que realizam a alocação de equipes de saúde dentro dos espaços públicos como as Unidades Básicas de Saúde (UBS).** A integração entre os serviços de atenção no Sistema Único de Saúde brasileiro deve ser encarada como um importante aspecto para o fortalecimento das capacidades locais. A articulação entre os diferentes atores e serviços evita a fragmentação das ações em saúde e facilita a distribuição da atenção em saúde em um dado território (PAIM, 2009). Especialmente considerando que nenhum serviço opera isoladamente com a totalidade de recursos e competências para o atendimento nos três níveis de atenção (básica, média complexidade e alta complexidade).

Entre os atores que se articulam por meio da [plataforma R4V](#)²⁵, percebe-se um esforço de não sobreposição de ações, por meio de encontros periódicos em grupos de trabalho temáticos.

A interlocução dos organismos internacionais e organizações da sociedade civil com os serviços públicos de saúde é realizada de forma individual, na qual cada organização ou ator se articula separadamente para atuação em alguma ação específica nos níveis municipal, estadual ou federal. A pouca integração e diálogo entre os múltiplos atores e gestores públicos pode ser compreendida como um desafio para a sustentabilidade das ações a médio e longo prazo, bem como uma barreira para o fortalecimento das capacidades locais.

O diálogo tem sido realizado prioritariamente com atores municipais vinculados a serviços de saúde da atenção básica. Há uma aparente distância e menor articulação entre os atores locais e os serviços de média e alta complexidade que são de competência estadual. No entanto, alguns entraves para o fortalecimento das redes locais foram observados.

²⁵ A Plataforma R4V trata-se de uma Plataforma Regional de Coordenação Interagencial, criada em setembro de 2018 por ACNUR e OIM para coordenação de respostas operativas, integradas interagências diante do acentuado deslocamento de refugiados e migrantes venezuelanos. Em junho de 2021 a plataforma contava no Brasil com 54 organizações parceiras.

Articulação para integração em rede

Mayra Figueroa é uma migrante venezuelana. Ao lado do marido e dos dois filhos adolescentes, cruzaram a Venezuela no carro da família desde Punta de Mata para atravessar a fronteira em Pacaraima. Em agosto de 2017 fizeram de Boa Vista sua nova morada. Ainda em 2016 já estavam habituados a cruzar as fronteiras para compra de alimentos que se tornavam cada vez mais escassos. Sabiam que, em razão da situação política e econômica, em algum momento teriam que deixar o próprio país em busca de melhores condições de vida, especialmente pensando no futuro de seus filhos. Pensaram em mudar-se para o Equador, mas o custo das passagens os fez optar por Boa Vista. Sua mãe ainda reside em El Tigre, por isso, Mayra envia mensalmente uma ajuda de custo para compra de alimentos. Assim que a fronteira abriu, a mãe pretende se juntar à filha. Mayra é uma importante liderança local que trabalha com a Pastoral do Migrante. Seu apoio é fundamental para muitas famílias que moram de aluguel, atuando como articuladora de políticas públicas para garantia de direitos entre os recém-chegados no país.

Mayra conta que a busca por cuidados em saúde é uma das principais demandas da população venezuelana no Brasil. Atualmente as necessidades de saúde têm se intensificado para os recém-chegados. Muitos atravessam a fronteira com doenças crônicas sem tratamento, necessidades de cirurgias e acompanhamentos especializados de saúde, além das morbidades em razão do longo e difícil trajeto. Ela conta ainda que uma das estratégias encontradas foi a solicitação de apoio a uma organização da sociedade civil que se utiliza de unidades móveis para o atendimento em bairros afastados do centro da cidade. Os maiores gargalos, para ela, são o atendimento em saúde mental e os serviços de saúde sexual e reprodutiva, especialmente a dispensa de métodos contraceptivos para mulheres em idade reprodutiva.

Mayra atua ainda promovendo oficinas coletivas e rodas de conversa para acesso à informação e engajamento comunitário com migrantes que moram de aluguel em uma região periférica e distante do centro de Boa Vista. Segundo ela, estes grupos enfrentam ainda maior precarização e estão desassistidos pela rede de ajuda humanitária, pois a maior parte das ações se concentram majoritariamente nos abrigos ou nas ocupações no centro da cidade. Em suas articulações para o acesso à saúde, ela também faz a intersecção com as políticas e redes de assistência social.

As principais barreiras encontradas para integração entre as redes relacionam-se aos seguintes aspectos:

- a. pouca integração e diálogo entre atores que compõem as redes de saúde do município, estado e governo federal;
- b. aproximação tímida entre a rede SUS municipal e estadual e o Núcleo de Saúde da Operação Acolhida (NSA);
- c. trabalhadores e gestores que compõem a rede SUS local declaram desconhecer os fluxos de acesso, bem como os serviços ofertados pelo NSA.

O Núcleo de Saúde da Operação Acolhida – NSA, é um serviço organizado para apoiar a rede local considerando a crise humanitária e os desafios para as respostas em saúde vivenciados pelo município de Boa Vista e o Estado de Roraima, especialmente considerando o intenso fluxo migratório da população migrante e refugiada venezuelana. Durante a presença em campo, o NSA estava em processo de cadastramento específico junto ao Ministério da Saúde como uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que atualmente já se encontra cadastrado e com o CNES ativo.

O NSA está localizado em um espaço amplo e estratégico no município de Boa Vista, localizado entre os abrigos Pricumã, Rondon I, Rondon II, Rondon III, Rondon IV e V (esses em construção) e do Posto de Interiorização e Triagem da Operação Acolhida (PITRIG). O NSA se identifica como espaço primordial para o cuidado em saúde da população migrante e refugiada venezuelana, mas também declaram realizar atendimentos a brasileiros que procuram o serviço. No local do NSA funcionam ainda atendimentos de vacinação e avaliação médica para a estratégia de interiorização e emissão de documentação. Uma das diferenças do atendimento no NSA para os realizados em UBS das macrorregiões da cidade é a integração direta com os abrigos que acolhem migrantes e refugiados. Após uma triagem realizada por organizações parceiras, se a necessidade de saúde for compatível com especialidades médicas e ofertas de serviços do NSA, há um ônibus exclusivo para o transporte de pessoas que vivem nos abrigos até o NSA para o atendimento.

Em suma, este serviço foi criado com o objetivo de atender aos gargalos da rede regionalizada no território, de modo a garantir a integralidade e resolutividade no atendimento. Também espera-se uma articulação entre gestores na implementação de políticas, ações e serviços de saúde.

Muitos participantes relataram ainda não compreender o funcionamento do NSA e sua integração na rede de atenção à saúde no território.

Os serviços de saúde ofertados pelo NSA não são conhecidos por muitos dos atores locais que compõem a rede SUS no território.

Foram relatados desafios na integração do monitoramento e avaliação das ações de saúde. Aos entraves quanto à gestão da informação, destaca-se em especial para aqueles que vivem fora de abrigos e a não-integração entre os sistemas próprios do governo estadual e municipal, organizações internacionais e operação acolhida. Os sistemas de monitoramento e avaliação, especialmente quando unificados, têm a potência de auxiliar na identificação de problemas e agravos, estabelecimento de prioridades de atuação e melhor utilização dos recursos para a elaboração e planejamento de ações visando maior eficiência e eficácia. Para tanto, são necessários fluxos de operação que dialoguem entre si, visto que muitos estabelecimentos de saúde podem servir como espaços de matriciamento das ações em saúde.

Cada organização atuando no território relata que possui um controle próprio para cadastro de usuários e/ou atendimentos. Nesse sentido, **não há unificação entre os diferentes atores, pois cada organização registra e monitora suas ações a partir de metodologias próprias.** Destaca-se uma iniciativa de um organismo internacional que atua na rodoviária que registra os usuários com um cartão com QR-code, no qual a partir dele todos os registros de atendimento são inseridos via sistema eletrônico. No entanto, o cadastro ainda não opera em diálogo com outros sistemas eletrônicos disponíveis na rede local de saúde.

O NSA também mantém um sistema de informação próprio, que contabiliza cada atendimento realizado. Os atores entrevistados destacaram que, desde a criação do Núcleo, houve cerca de 46 mil atendimentos, o que não permite estimar a quantidade de usuários, mas sim a quantidade de entradas nos serviços de atendimento por especialidades. Destaca-se que o sistema de informação utilizado é privado e a licença foi doada pela empresa por um período determinado.

A sistematização e integração entre os sistemas de informações seria essencial para mapear as principais camadas de vulnerabilidades e agravos em saúde da população migrante e refugiada venezuelana.

Em especial, o sistema de atendimentos do NSA por sua característica de atendimento massivo com foco na população migrante e refugiada. Isto poderia também demonstrar quais os gargalos de atendimento e onde podem se alocar mais recursos do ponto de vista das especialidades.

Tanto a sistematização dos dados do NSA quanto a integração dos diferentes sistemas utilizados no território seria de fundamental importância para o subsídio das ações visando a efetividade das respostas e a identificação de sobrecargas específicas em serviços ou especialidades de atendimento.

Por não haver monitoramento das respostas das redes em saúde que atuam com a população de migrantes e refugiados, muitos dos desafios ou estruturação de serviços de saúde são apurados a partir de análises empíricas localizadas ou, a partir da percepção dos atores locais. No entanto tais análises são localizadas ou produzidas por um único ator, e por isso não estão sistematizadas ou integradas às redes. Considerando o envolvimento de tantos atores nas redes de atenção em saúde no município de Boa Vista, um diagnóstico preciso para compor os vazios de atendimento ou a ampliação das ofertas seria importante.

O uso de dados baseados em evidências pode ser essencial também para o fortalecimento das atividades locais e das redes de saúde do SUS, visto que o caráter das demandas ainda é caracterizado como ofertas emergenciais, e o fluxo migratório tem sido realidade contínua.

Esses dados precisos também podem auxiliar no ordenamento orçamentário que deve ser disposto pelo governo brasileiro para o cuidado às demandas em saúde, visando não depender apenas da complementaridade das verbas programáticas de organismos internacionais ou da Operação Acolhida.

Fortalecimento das Capacidades Locais e Participação Social

Um tema fundamental ao SUS e que se relaciona de forma integral ao fortalecimento das capacidades locais vincula-se ao controle social. A saúde no Brasil é compreendida como um direito social para a condição de cidadania, por isso, a participação social torna-se fundamental para o fortalecimento das capacidades locais e sustentabilidade dos serviços. Este tema é especialmente relevante se considerarmos que os fluxos migratórios, na avaliação da maioria dos entrevistados, tendem a aumentar com a abertura da fronteira terrestre entre Brasil e Venezuela.

Apesar de sua importância, os atores locais não mencionaram aspectos relacionados ao fortalecimento das capacidades locais e controle social. Apenas as lideranças comunitárias apontaram este tema como relevante. Trazemos esta ausência com alguma preocupação, pois parece-nos fundamental o fomento à participação da comunidade à qual os serviços se destinam. É por meio da participação social que se torna possível o engajamento comunitário e o aperfeiçoamento dos serviços de saúde.

Outro fenômeno citado por alguns dos entrevistados relaciona-se ao fluxo de migração pendular em busca de serviços de saúde, incluindo exemplos de situações anteriores à urgência humanitária e intenso fluxo migratório. A migração pendular ou mobilidade pendular trata da mobilidade humana em locais interfronteiras que circulam entre o local de residência e locais de trabalho ou estudo (ZASLAVSKY e GOULART, 2007). O intercâmbio para uso do comércio local e serviços públicos de saúde foram relatados como usual nas cidades de fronteira entre os dois países. Não apenas a utilização dos serviços do Brasil por parte dos venezuelanos, também foram citadas situações sobre o trânsito de moradores de Pacaraima (Brasil) aos serviços hospitalares de Santa Helena (Venezuela) antes da crise econômica e política do país. O uso de medicamentos do Brasil na cidade de Pacaraima pela população venezuelana também era uma demanda anterior, como por exemplo o acesso a terapias antirretrovirais, utilizadas no tratamento do HIV/AIDS.



Relato 03 • • • •

Casa Valientes por la Vida

Nilza Hernández é uma migrante venezuelana que veio para o Brasil em 2018 com o seu neto em busca de tratamento de saúde. Quando chegou a Boa Vista, não foi diretamente encaminhada para um abrigo ou espaço de moradia alternativo. Por isso, durante um mês, viveu em situação de rua. Nilza relata que as dificuldades do trajeto e do primeiro mês de sua chegada fragilizaram ainda mais sua situação de saúde. Após ter acesso aos cuidados de saúde e um local de moradia, fundou a Casa Valientes por la Vida, um projeto que tem como principal objetivo acolher pessoas venezuelanas vivendo com HIV que chegam ao Brasil para dar continuidade ao tratamento interrompido. Ela descreve sua atuação como de uma facilitadora para a construção de pontes e laços entre as pessoas que necessitam de atendimento e a rede de atenção em saúde. Com frequência é procurada por pessoas que ainda moram na Venezuela – especialmente jovens em condições precárias de saúde, e que passam um período hospedadas em sua casa

para o início do tratamento. Alguns dos beneficiários não vivem no Brasil, mas atravessam a fronteira para buscar periodicamente os medicamentos antirretrovirais. Como a maioria de suas ações são realizadas de forma gratuita e voluntária, Nilza tem enfrentado situações difíceis para manter seu trabalho e sua vida cotidiana. Nesse sentido, consideramos de fundamental importância o suporte dos atores locais para que a Casa Valientes por la Vida, sob a liderança de Nilza, siga garantindo acolhida e cuidado a migrantes e refugiados vivendo com HIV.



Apesar dos relatos sobre barreiras e desafios para a garantia do acesso ao cuidado integral em saúde, **a experiência da Casa Valientes por la Vida nos remete às oportunidades vinculadas ao fortalecimento das capacidades locais e participação social.**

As principais oportunidades encontradas neste mapeamento relacionam-se aos seguintes aspectos:

- **fortalecimento e protagonismo de lideranças comunitárias, especialmente migrantes venezuelanas;**
- **caráter universal, integral e gratuito do sistema público de saúde brasileiro;**
- **envolvimento da sociedade civil organizada atuando nas redes de respostas durante a emergência humanitária.**

Necessidades em Saúde

As necessidades em saúde em razão de adoecimentos prévios e agravos em saúde foram apontadas como fatores centrais para a migração e refúgio de venezuelanos ao Brasil. A hipótese é que os problemas em saúde são um fator condicionante para a migração em território brasileiro, visto que o atendimento gratuito e universal do SUS é amplamente conhecido.

O Sistema Único de Saúde brasileiro gratuito e universal é uma oportunidade para garantia dos direitos humanos e proteção social para os migrantes e refugiados.

Os principais serviços e ações em saúde relatadas pelos atores incluem especialmente ações de atenção básica e encaminhamentos para o cuidado de agravos em saúde de alta e média complexidade.

Consideramos neste campo necessidades de saúde que se relacionam com a promoção do bem-estar social, acesso à informação, e acesso contínuo aos serviços preventivos e curativos, tanto individuais como coletivos em todos os níveis de assistência (básica, média e alta complexidade).

Relacionado ao tema das necessidades em saúde, os principais aspectos elencados são:

- Atenção básica, com ações de promoção, assistência em saúde e prevenção;
- Vacinação de crianças, adultos e idosos;
- Pandemia da COVID-19;
- Necessidades em Saúde Sexual e Reprodutiva;
- Necessidades em Saúde Mental;
- Necessidades em Saúde não-satisfeitas.

Atenção básica, com ações de promoção, assistência em saúde e prevenção

As questões básicas de prevenção em saúde são tratadas por muitos organismos internacionais em abrigos e ocupações espontâneas pelas chamadas ações em Wash – Água, Saneamento e Higiene. As ações são amplas e tratam desde a infraestrutura, tais como: fornecimento de caixas d'água e distribuição semanal de água potável, construção de poços artesianos e limpeza, construção e manutenção de bebedouros, construção de cozinhas em abrigos, oferecimento de serviço de lavanderia (especialmente para a população migrante que está em torno da rodoviária e nas ocupações). Outro campo de ações de Wash é o acompanhamento da qualidade da água e prevenção de condições de higiene e saneamento adequadas. Em relação às atividades de prevenção, destaca-se a distribuição de kits de higiene que inclui também itens relacionados à prevenção ao COVID-19, higiene pessoal e limpeza em geral e a distribuição de equipamentos de proteção individual (EPI). Também foram apontadas questões relacionadas a rodas de conversa para acesso à informação sobre promoção de saúde.

A oferta de alimentos nos abrigos é responsabilidade da FT-LOG e fornecida para todos três vezes ao dia. Segundo os relatos, anteriormente os abrigos recebiam alimentos para cozinhar as suas refeições. Porém, com o aumento dos migrantes beneficiários da Operação Acolhida e dos assistidos em abrigos, foi compreendido que a melhor forma de garantir a manutenção das condições de saneamento seria o recebimento regular da comida pronta. **Faz-se necessária uma reflexão sobre autonomia alimentar.** Essa situação está sendo revista nos abrigos indígenas. Destaca-se a ação da PADF no marco do Programa Integrando Horizontes no Abrigo Jardim Floresta, que construiu duas cozinhas comunitárias, respeitando as especificidades culturais das etnias Warao e Eñepa.

Vacinação de crianças, adultos e idosos

A vacinação, em especial de crianças, foi um dos fatores abordados. Neste caso, a maioria das crianças migrantes e refugiadas ou não teve o mesmo protocolo de vacinação no país de origem, ou não estavam em posse da carteira de vacinação.²⁶ A necessidade de uma ampla cobertura vacinal demanda ações da vigilância epidemiológica da rede municipal e do Núcleo de Saúde – NSA da Operação Acolhida. No entanto, há relatos de que nem todas as vacinas entram no sistema de informações do Sistema Único de Saúde vinculado ao Programa Nacional de Imunização (PNI), por serem ministradas por diferentes atores e em múltiplos locais. Gestores municipais relatam que o município não tem o controle exato da cobertura vacinal realizada nos abrigos (que é conduzida pelo NSA).

No caso da vacinação da COVID-19, o fluxo segue o calendário do estado de Roraima. Neste sentido, há diferença no fluxo e cronograma de vacinação da população indígena venezuelana e da população migrante e refugiada.²⁷ A população indígena venezuelana que se encontra em abrigos começou a ser vacinada no município a partir de junho de 2021, sendo ministrada no NSA (os indígenas abrigados são levados até o local) e tem o apoio do estado por meio da Secretaria de Saúde do Estado de Roraima - SESAU. A população migrante e refugiada que mora em ocupações ou de aluguel faz parte do calendário vacinal do estado. Neste sentido, recebemos relatos de gestores e de atores da sociedade civil demonstrando preocupação com este ponto, salientando que há dificuldades de informação sobre acesso à vacina e aos locais de vacinação, e ainda enfrentam resistência por parte da população.

26 Um episódio que envolveu uma cobertura ampla vacinal para evitar um surto de sarampo no estado foi objeto de muitos relatos de entrevistas de gestores. Segundo eles, em 2018, a infecção por sarampo de uma criança venezuelana abrigada em um ginásio (as estruturas de abrigos ainda não existiam na época) mobilizou a imunização ampla de toda a população com a vacina tríplice – viral.

27 A vacinação da população indígena é uma prioridade em todo o território nacional. Este foi objeto de decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) em março de 2021. A decisão pode ser acessada em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/ADPF709homologparcial.pdf>

Pandemia da COVID-19

No caso específico da pandemia do vírus SARS-CoV-2, destaca-se que dos relatos dos gestores, os esforços foram concentrados para interromper as cadeias de transmissão, que originaram uma série de reorganizações no trabalho dos abrigos. A maioria das organizações internacionais entrevistadas, pela urgência da prestação de serviços ministrada, não teve possibilidade de realizar atividades à distância ou teve um curto intervalo de adaptação de atividades e restrições. Muitas ainda não retomaram plenamente suas atividades, em especial as que envolvem um público maior, e não há previsão de retorno aos formatos de atividades anteriores à pandemia. Mesmo em atividades coletivas, como aquelas realizadas em abrigos ou ocupações, o risco ainda é analisado para evitar a concentração de pessoas. Para evitar o contágio em abrigos, foram informadas ações de classificação de risco pela avaliação das comorbidades e intensas atividades de reorganização dos espaços coletivos (abrigos) e de atividades informativas de prevenção, além da distribuição de materiais de higiene pessoal e EPIs. Organizações internacionais e instituições locais sistematizam periodicamente dados epidemiológicos sobre taxa de infecção por COVID-19 entre migrantes e refugiados.

Necessidades em Saúde Sexual e Reprodutiva

Uma série de desafios foram relatados para o cuidado à Saúde Sexual e Reprodutiva. Tais necessidades estão principalmente relacionadas às questões que envolvem distribuição de insumos contraceptivos, acesso à informação, gravidez na adolescência, cuidados em saúde durante gravidez e puerpério e prevenção a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Cada uma destas questões carrega especificidades para sua abordagem e diferentes desafios. As ações tanto dos organismos internacionais como das organizações da sociedade civil no tema são amplas e de apoio e fortalecimento dos serviços públicos de saúde locais. Abaixo elencamos as principais ações mapeadas.

A testagem de HIV/AIDS e outras ISTs em abrigos e ocupações espontâneas é realizada prioritariamente por organizações da sociedade civil internacionais que têm experiência no tema e apoiam as ações das UBS. Uma das sugestões dadas por um grupo de gestores entrevistados é que esta testagem possa ser feita no momento do ingresso em Pacaraima, visando incluir de imediato a população que necessita de atendimento com encaminhamentos para serviços especializados desde seu ingresso no Brasil. Ainda foi informado que a distribuição da Profilaxia pré-exposição (PrEP) e da Profilaxia Pós Exposição (PEP) ainda não atinge o público-alvo indicado pelo Ministério da Saúde, que são compostos por homens gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), casais na qual haveria uma pessoa HIV+ e outra HIV-, pessoas trans e profissionais do sexo.²⁸

²⁸ O Ministério da Saúde tem um documento orientador sobre a integração de PEP e PrEP a outros serviços de saúde de suas redes locais. Pode ser acessado em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/orientacoes-para-expansao-da-oferta-da-profilaxia-pre-exposicao-prep-ao-hiv-na-rede-de>

Os serviços específicos que tratam de saúde da mulher informaram uma alta demanda de atendimento a migrantes e refugiadas para ginecologia, obstetrícia e oncologia (no entanto, sem dados quantitativos públicos sistematizados). A saúde materno-infantil foi tema de algumas entrevistas, não apenas em serviços que tratam dessa especificidade, especialmente relacionados à demanda de atendimentos de pré-natal a mulheres grávidas e acompanhamento nutricional de puérperas. Sem dados quantitativos publicados ou sistematizados, muitos informam que o pré-natal é um desafio, pois nem todas as mulheres têm acesso. Particularmente em razão do fluxo migratório ocorrido após o fechamento das fronteiras, as mulheres chegam na maternidade sem ter passado por qualquer consulta ou atendimento em saúde durante o pré-natal.

A falta de acesso aos insumos contraceptivos foi uma constante nas entrevistas. Os relatos elencam uma insuficiência na distribuição de contraceptivos de longa duração, como o DIU e o implante subdérmico. Alguns dos entrevistados demonstraram preocupação e relataram que a distribuição de insumos (como preservativo feminino ou masculino) deveria ser realizada de forma ampla, em especial para a população fora dos abrigos (vivendo na rodoviária, em ocupações ou aqueles em situação de rua).

A saúde de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Queer, Intersex e Mais – LGBTQI+ migrantes e refugiadas foi um tema destacado neste âmbito. Apesar das condições de vulnerabilidade comumente enfrentadas por esta população, o desenvolvimento de ações específicas em saúde levando em consideração as especificidades e singularidades desta população não foi relatado pelos atores entrevistados.²⁹ Há grupos formados por jovens LGBTQI+ para integração comunitária e fortalecimento de redes de apoio, mas ainda pouco estruturados para a discussão dos temas relacionados à saúde. O tratamento diferenciado motivado por questões de identidade de gênero ou orientação sexual é um constante reclamo de movimentos sociais. O estado de Roraima não tem um programa estruturado para cuidado integral à saúde de pessoas transexuais e travestis - que podem prever o atendimento por auto-declaração, o que coibiria situações constrangedoras ou vexatórias, de acordo com a Política Nacional de Saúde da População LGBT. Foram identificadas as dificuldades de acesso de gays, travestis ou transexuais à saúde, mas as mulheres lésbicas e pessoas bissexuais foram invisibilizadas nos relatos.

²⁹ Importa destacar que o Brasil prevê no SUS uma política nacional de atenção integral à população LGBTQI+. O Plano Operativo da Política Nacional está disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

Casos de violência baseada em gênero (VBG) também foram relatados em algumas situações, em especial sobre casos de violência doméstica cometida pelos companheiros de mulheres abrigadas. Os desafios são ainda maiores para mulheres migrantes e refugiadas, considerando que muitas vezes elas são as responsáveis pela promoção dos cuidados familiares, e comumente têm inserções precárias no mercado de trabalho. Estes são fatores que, aliados ao cenário de violências, podem interferir na capacidade de agência e protagonismo das mulheres. Por isso, estima-se que políticas públicas voltadas à prevenção e ao combate à violência contra as mulheres em todos os âmbitos devam ser debatidas e ampliadas, bem como a produção de dados sobre a temática. **Salientamos ainda que também não foram abordados entre os atores da sociedade civil ações específicas para o enfrentamento da VBG.**

Necessidades em Saúde Mental

O tema da saúde mental foi elencado como central por todos os atores entrevistados. No entanto, o que se observa no apoio à saúde mental de pessoas migrantes e refugiadas é a falta de uma rede articulada para atendimento e encaminhamento - seja entre a população abrigada ou em ocupações. Quase todas as entrevistas mencionam que este serviço é importante, mas quase inexistente. A hipótese da desarticulação entre as redes de atendimento se torna ainda mais evidente quando recebemos a informação de gestores locais sobre a rede psicossocial não apresentar uma grande procura por parte da população migrante ou refugiada. A exposição à situação de refúgio e migração forçada já implica diversas situações que de diferentes maneiras podem causar sofrimento psíquico, estresse ou agravos relacionados à saúde mental, mesmo quando não há histórico de transtornos mentais pré-existentes. Algumas organizações realizam atendimentos em saúde de forma coletiva e complementar, e a organização que realiza acompanhamento psicológico individual tem uma ampla fila de espera.³⁰ Os principais agravos em saúde relacionados ao tema da saúde mental referem-se a episódios de depressão, especialmente em mulheres e idosos, e o uso abusivo de álcool e outras drogas.

30 A política nacional de saúde mental no SUS está organizada na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. São serviços com pontos de atendimento para problemas mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas. Os serviços são compostos por: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura, Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e CAPS III). Uma melhor compreensão do funcionamento da rede em saúde pode ser acessada em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/centro-de-atencao-psicossocial-caps>

Necessidades em Saúde não-satisfeitas

Necessidades em saúde não-satisfeitas foram levantadas tanto pelos atores que prestam ações diretas ou indiretas de cuidado em saúde, bem como entre os participantes migrantes e refugiados nos quais ouvimos. As principais **necessidades não-satisfeitas** se relacionam a:

- Atendimento em saúde: sobrecarga de trabalho entre as equipes de saúde local e carência de recursos humanos, em particular das especialidades médicas (as mais comentadas foram ginecologia, mastologia e neurologia), saúde sexual e reprodutiva, saúde mental e saúde bucal³¹.
- Barreiras étnico-culturais: barreiras de compreensão do idioma, pouca sensibilidade à influência da cultura na expressão dos sintomas e experiência de adoecimento. Expressões de xenofobia também foram identificadas em relatos.
- Acesso à informação: relatos sobre não-compreensão acerca dos encaminhamentos e funcionamento do fluxo de atendimento da rede local vinculada ao SUS.

A falta de informação sobre a composição da rede de serviços de atenção em saúde no território gera pouca compreensão e dificulta o acesso entre migrantes e refugiados sobre o funcionamento da rede. Em resultado, os migrantes acabam visitando múltiplos atores na tentativa de acessar algum serviço de saúde específico. É frequente a procura por 4 ou até 5 diferentes estabelecimentos de saúde ou organizações. Não é incomum o relato sobre caminhar muitos quilômetros a pé, pois os endereços não são próximos entre si.

Muitas organizações da sociedade civil relatam receber migrantes e refugiados com demandas para compreender como devem proceder para acessar medicamentos, exames ou questões que dependam de serviços de média ou alta complexidade.

A UBS 13 de Setembro, que tem maior fluxo de migrantes e refugiados por se localizar em um território que abrange uma maior quantidade de abrigos e ocupações espontâneas, conta com o apoio de organizações da sociedade civil que alocou monitores apenas para o auxílio na tradução na espera do atendimento. Esta também foi escolhida para ser uma das Iniciativas de Balance Positivo – IBP® da PADF, por meio do Programa Integrando Horizontes.

³¹ Não foi realizada entrevista específica com representantes da especialidade de saúde bucal, no entanto fomos informadas que estes serviços estão suspensos na pandemia. O NSA está em fase final de organização de dois consultórios dentários, com recursos advindos por meio dos equipamentos e um dentista vinculado ao Exército.

4. Considerações finais



Este foi um estudo qualitativo de abordagem exploratória e analítica. A estrutura do relatório teve como proposta salientar os principais aspectos observados por meio da análise dos componentes previstos na metodologia, como a revisão e sistematização documental, entrevistas semiestruturadas com atores locais, observação participante e conversas informais com migrantes e refugiados venezuelanos. Nossa proposta é que este relatório seja utilizado como um documento vivo e sempre inacabado, mas que seja mais uma peça na construção de oportunidades para o fortalecimento das capacidades locais.

O aperfeiçoamento das respostas para o cuidado integral em saúde de migrantes e refugiados deve ser construído em diálogo permanente com gestores, profissionais de saúde, sociedade civil, organizações humanitárias nacionais e internacionais e usuários dos serviços de saúde. É fundamental que migrantes e refugiados sejam colocados no centro das respostas - não só como figuras passivas, mas também como agentes de transformação social.

Ao mesmo tempo em que as crises humanitárias impõem a necessidade do desenho de respostas rápidas a demandas urgentes em um cenário dinâmico, também se faz necessária a implementação e o fortalecimento de serviços locais para a consolidação da atenção integral e universal à saúde. O Sistema Único de Saúde brasileiro deve ser compreendido como uma oportunidade ímpar de fortalecimento das iniciativas locais e sustentabilidade das ações a longo prazo. Esta oportunidade foi apontada pela maioria dos atores ouvidos, no entanto, ainda há pouca articulação entre gestores locais e organizações humanitárias que atuam no território.

Destacamos que o **apoio de organizações internacionais de ajuda humanitária é fundamental para a sustentabilidade das ações em saúde a médio e longo prazo.** Neste sentido, os serviços complementares à rede SUS importam para a composição das respostas durante a crise humanitária, como unidades móveis, equipes volantes, busca ativa em espaços como ocupações, interlocução com lideranças de contato com migrantes e refugiados moradores de aluguel social (em especial a partir das organizações que apoiam financeiramente o pagamento do aluguel). Essa integração aos serviços existentes na rede é fundamental para que a política pública se fortaleça. O funcionamento em rede das ações das organizações internacionais apresenta metodologias interessantes para apoiar esse fenômeno migratório. Porém, as iniciativas devem ser sustentáveis para que, em médio e longo prazo, as pessoas tenham acesso a uma vida digna não apenas atrelada às respostas de ajuda humanitária.

O diálogo permanente entre gestores públicos das esferas federal, estadual e municipal com os diferentes atores da sociedade civil e organizações internacionais poderá ser fundamental para a elaboração de estratégias e ações permanentes, contínuas e sustentáveis dentro dos serviços e programas de saúde locais. Especialmente considerando que o fortalecimento das capacidades locais deve ser o objetivo último das ações das organizações internacionais e da sociedade civil.

Uma maior articulação entre a atenção psicossocial e a atenção básica de saúde também se faz necessária, especialmente considerando que os determinantes sociais de saúde acarretam agravos importantes e socialmente complexos. Há uma relação intrínseca entre o atendimento em saúde e a política de assistência social.

Cabe reiterar que o objetivo do estudo buscou identificar as necessidades de saúde de pessoas migrantes e refugiadas e a resposta local, de maneira que foi possível evidenciar os principais gargalos, limites e dificuldades da rede, assim como as principais necessidades. Esta análise certamente deixou de citar aspectos que podem ser importantes para aqueles que atuam no campo da ajuda humanitária. Porém, destaca-se o potencial desta publicação para maior visibilidade aos direitos humanos de pessoas migrantes e refugiadas, bem como a indicação de novos estudos e pesquisas neste campo, relacionando-as às políticas públicas e marco legal.

Identificamos algumas barreiras para o cuidado integral em saúde a pessoas em contexto de crise humanitária em razão da migração e refúgio. Em Boa Vista, as necessidades específicas de saúde da população migrante e refugiada ainda não foram incorporadas como parte das respostas da rede SUS. Nesse sentido, o cuidado em saúde depende fortemente do suporte das organizações humanitárias e internacionais que atuam no território.

A presença de etnias indígenas no contexto migratório, em maior volume da etnia indígena Warao, chama a atenção para a heterogeneidade sociocultural e para a complexidade étnica envolvida nesse fluxo migratório. Ressalta-se a necessidade de fortalecimento das capacidades locais e autoridades sanitárias, especialmente considerando a resposta às demandas de saúde específicas desses grupos. Especialmente considerando a possibilidade de agência, autonomia e protagonismo a partir de sua medicina tradicional. As iniciativas relacionadas ao cuidado de hortas comunitárias e plantas medicinais e fitoterapia são aspectos relevantes que podem ser incorporados na Atenção Básica do SUS.

Também observamos uma fragilidade no fluxo de atenção à saúde aos migrantes e refugiados - especialmente se tomarmos como perspectiva a diversidade de territórios e formas de ocupação da cidade para moradia.

Aqueles que vivem em situação de rua, ocupações informais e em regime de aluguel social enfrentam situação de maior vulnerabilidade e precarização para garantia dos atendimentos em saúde que os que vivem em abrigos oficiais. Consideramos como fundamental uma maior capilarização da atuação das equipes de saúde para alcance das populações ainda mais vulneráveis no território.

Os pontos estratégicos no território também apresentam uma dinâmica viva, nem sempre sendo mapeados ou alcançados pela organização territorial do SUS, tampouco entre os territórios oficiais de respostas humanitárias nas quais se estabelecem os abrigos para refugiados. **Especial atenção também deve ser dada às diferentes formas de ocupação das cidades, na qual vivem migrantes e refugiados muitas vezes distantes dos fluxos oficiais ou institucionalizados de respostas.** A falta de acesso à informação sobre os canais de atendimento e os serviços disponibilizados pela rede de atenção à saúde local pode acarretar uma diminuição do poder de agência dos usuários e uma menor autonomia sobre decisões relacionadas ao cuidado em saúde, ou ainda sugerir a organização de serviços paralelos que poderiam descaracterizar a proposta do SUS.

Como eixo fundamental do SUS, **a participação social de pessoas migrantes e refugiadas venezuelanas nos espaços participativos do SUS ainda não é uma realidade devendo ser estimulada e reforçada.** Consideramos que esta pode ser uma peça fundamental para construir respostas concretas de atenção à saúde a partir das necessidades individuais e coletivas.

O princípio da equidade no acesso à atenção em saúde pela rede SUS tem a potência de nortear o cuidado integral em saúde - visto que leva em consideração as diferentes camadas de vulnerabilidade enfrentadas para o desenho de respostas sensíveis às singularidades das necessidades. **Pessoas migrantes e refugiadas enfrentam maior exposição a contingências comuns e têm menos meios de enfrentar essas contingências.** Os relatos sobre situações precárias de moradia não foram incomuns, na qual

há uma escassez de água potável, nenhum acesso ao tratamento de esgoto, coleta de lixo e demais questões de saneamento básico. Condições mínimas de acesso são importantes para prevenção e cuidados em saúde e devem ser facilitadas pelas ações no território.

A barreira cultural mais destacada pelos migrantes e refugiados e organizações internacionais foi o idioma. A barreira linguística pode ser uma das características de expressões de discriminação no município, representando um interdito concreto ao acesso de migrantes e refugiados à saúde. Em especial para a continuidade do fluxo de atendimento.

A adaptação ao idioma não pode ser fonte de penalização para aqueles em migração forçada. O acesso integral à saúde também perpassa pelo acesso à informação. Formações em português e espanhol, ou até mesmo o auxílio de equipes bilíngues em serviços locais de saúde podem ser fatores de impacto para o pleno acesso à saúde.

Mulheres e meninas são desproporcionalmente impactadas durante crises humanitárias. Suas necessidades singulares de saúde devem estar no centro das respostas para o cuidado integral à saúde. Ações voltadas ao cuidado da saúde sexual e saúde reprodutiva devem ser encaradas como prioridade. Desta forma, destaca-se a necessidade de grupos que debatam as questões de gênero como transversais a todos os serviços em saúde. **Enfatizamos que é fundamental a composição de ações específicas voltadas ao cuidado de meninas, mulheres e pessoas de gênero diverso.**

Por fim, reiteramos a centralidade do envolvimento comunitário e participação social para a construção dialogada das ações de atenção em saúde e políticas sustentáveis para o cuidado integral das populações. Os interesses de migrantes e refugiados, bem como da população local, devem ser ouvidos para composição das respostas a partir das necessidades de todas e todos os usuários de saúde. O apoio a ações que respeitem a autodeterminação e a autonomia em relação à diversidade étnica-cultural dos povos indígenas e não-indígenas é fundamental. Importa trazer para o centro das respostas aspectos relacionados aos valores culturais das populações atendidas. Para isso, **são fundamentais ações de fortalecimento e protagonismo de lideranças comunitárias que incluam pessoas migrantes e refugiadas venezuelanas.**

Bibliografia

ACNUR. Agência da ONU para refugiados. Os Warao no Brasil: Contribuições da antropologia para a proteção de indígenas refugiados e migrantes. Brasília: 2021.

BAENINGER, Rosana et al. Atlas Temático: Observatório das Migrações em São Paulo — Migrações Venezuelanas. Campinas: Nepo/Unicamp, 2020.

BRASIL. Lei nº 9.836/1999. Institui o Subsistema de Saúde Indígena.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS / Ministério da Saúde, – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Constituição Federal de 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça/CNJ. Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução. Justiça Pesquisa. CNJ, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Recomendação nº 5, de 17 de Outubro de 2018. Recomendação que dispõe sobre o direito de venezuelanas e venezuelanos no fluxo migratório no Brasil em seguimento às missões do CNDH para verificação da situação em Roraima. Brasília, 2018.

BRASIL. Operação Acolhida. Ações. Disponível em: <https://www.gov.br/acolhida/historico/>. Acesso em 17.04. 2021. BRASIL, 2021.

BRASIL, Secretaria Nacional de Justiça. Refúgio em Números. 6ª Edição.

BRASIL, Subcomitê Federal para Interiorização; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. Informe de Interiorização Brasil — Setembro/2020. 2020.

BRASIL. CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. In: Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS). 2008.

BRASIL. Presidência da República. Lei 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União, 25 maio 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete et al. Orgs. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. ABEPSS/OPAS, 2006.

DUPAS, Elaine. BOTELHO, Tiago Resende. A nova lei de migração e a biopolítica: o veto à livre circulação de povos indígenas e populações tradicionais transfronteiriças. In: Arquivo Jurídico – v. 4 – n. 2 – p. 72-89. Teresina-PI. Jul./Dez. de 2017.

LUNA, Florencia. Identifying and evaluating layers of vulnerability – a way forward. Dev World Bioeth. 2019 Jun 30;19(2):86–95.

OIM. Soluções duradouras para indígenas migrantes e refugiados no contexto do fluxo venezuelano no Brasil / Elaine Moreira, Marcelo Torelly [coordenadores]. Brasília : Organização Internacional para as Migrações (OIM), 2020.

OIT. Resolução n. 169 sobre Povos Indígenas e Tribais da Organização Internacional do Trabalho – OIT, adotada pelo Brasil por meio do Decreto nº 5.051, de 19 de Abril de 2004.

PAIM, Jairson. SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE RORAIMA, SESAU/RR. Plano de Saúde 2016-2019. Boa Vista, 2016, 212p. O que é SUS [online]. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz, 2009. Coleção Temas em Saúde.

UNICEF. Crise Migratória Venezuela no Brasil. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>. Acesso em 18.04.2021. UNICEF, 2021.

UNODC, TRACK4TIP Relatórios Situacionais, 2020.

ZASLAVSKY, Ricardo. GOULART, Bárbara Niegia Garcia de. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. In: Ciênc. saúde colet. 22 (12). Dez 2017.



Totamente financiado
con la contribución de PRM:
"Donación del Gobierno de
Estados Unidos"

