

Migração e atenção primária à saúde no estado de Roraima

Migration and primary health care in the state of Roraima

Migración y atención primaria en salud en el estado de Roraima

Túlio Correia de Souza e Souza¹
Etel Matielo²
Jessica Barros Duarte³
Fernando Antônio Gomes Leles⁴
Nágila Verônica Sousa de Freitas⁵

RESUMO: A migração não é um fenômeno recente e muito menos restrito a uma parte do mundo. Este artigo tem por objetivo chamar atenção para o aumento significativo de demanda pelo direito à saúde no estado de Roraima e como as políticas públicas são de suma importância para ajudar na superação de uma crise humanitária. O estudo foi desenvolvido dentro de uma abordagem da pesquisa qualitativa do tipo teórica, a partir da realização de uma revisão bibliográfica referente à migração e ao direito à saúde desta população e análise de públicos e publicizados por meio do sítio eletrônico do Ministério da Saúde foram obtidos diretamente por meio de busca ativa e solicitados por meio da Lei de Acesso a Informação. Os dados da Atenção Primária apresentam uma evolução ao longo dos últimos anos. Pode-se inferir, a partir dos dados apresentados pela ACNUR, bem como pelo aumento significativo de atendimentos, que o fluxo migratório teve um impacto importante nesse primeiro nível de atenção do sistema estadual de saúde. Em que pese a complexidade desse tipo de política pública, cada vez mais os dados apontam para a necessidade de um olhar atento para os fluxos migratórios internos e internacionais, na perspectiva de ações intersetoriais com o intuito de assegurar os direitos humanos, a dignidade da vida, o direito à

1 Consultor Técnico do Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde. Mestre em Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ.

2 Nutricionista. Mestre em Saúde Pública (UFSC); Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz; Tecnologista do Ministério da Saúde.

3 Enfermeira especialista em Saúde da Família pela Universidade do Estado da Bahia. Analista de dados do Departamento de Saúde da Família, Ministério da Saúde.

4 Graduado em Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro (2003) e especialista em Economia e Gestão da Saúde pela UNICAMP (2006). Mestre em Saúde Global e Diplomacia da Saúde (ENSP/Fiocruz, 2012) e cursa o mestrado em Saúde Coletiva (UnB, 2017). É Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental (EPPGG). Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde.

5 Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (2013). Especialista em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2015). Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (2017).

saúde, à educação, ao trabalho e a liberdade de expressão.

Palavras-chave: Migração; Atenção à Saúde; Saúde Coletiva; Direitos Humanos.

ABSTRACT: Migration is not a recent phenomenon and much less restricted to one part of the world. This article is about the significant increase in demand for the right to health in the state of Roraima and how public policies are of paramount importance in helping to overcome a humanitarian crisis. The study was developed within a theoretical qualitative research approach, based on a bibliographic review regarding migration and the right to health of this population and analysis of public and published through the Ministry of Health website, were obtained directly through active search and requested through the Access to Information Act. Primary care data have evolved over the last few years. It can be inferred from the data presented by UNHCR, as well as the significant increase in attendance, that the migratory flow had an important impact on this first level of care of the state health system. Despite the complexity of this type of public policy, data increasingly point to the need for a close look at internal and international migratory flows, from the perspective of intersectoral actions to ensure human rights, the dignity of life, the right to health, education, work and freedom of expression.

Keywords: Migration; Health Care; Public Health; Human Rights.

RESUMEN: La migración no es un fenómeno reciente y mucho menos restringido a una parte del mundo. Este artículo tiene como objetivo llamar la atención sobre el aumento significativo de la demanda del derecho a la salud en el estado de Roraima y cómo las políticas públicas son de suma importancia para ayudar a superar una crisis humanitaria. El estudio se desarrolló dentro de un enfoque teórico de investigación cualitativa, basado en una revisión bibliográfica sobre la migración y el derecho a la salud de esta población y el análisis del público y publicado a través del sitio web del Ministerio de Salud, se obtuvieron directamente a través de la búsqueda activa y se solicitaron a través de la Ley de Acceso a la Información. Los datos de atención primaria han evolucionado en los últimos años. Se puede inferir de los datos presentados por ACNUR, así como del aumento significativo en la asistencia, que el flujo migratorio tuvo un impacto importante en este primer nivel de atención del sistema de salud estatal. A pesar de la complejidad de este tipo de política pública, los datos apuntan cada vez más a la necesidad de observar de cerca los flujos migratorios internos e internacionales, desde la perspectiva de acciones intersectoriales para garantizar los derechos humanos, la dignidad de la vida, el derecho a la salud, la educación, el trabajo y la libertad de expresión.

Palabras clave: Migración; Atención de Salud; Salud Pública; Derechos Humanos.

INTRODUÇÃO

A migração não é um fenômeno recente e muito menos restrito a uma parte do mundo. Ela ocorre por múltiplos fatores, que podem ser divididos em fatores de repulsa e de atração. O primeiro está relacionado à fome, aos conflitos armados, ao desemprego, às doenças/epidemias, etc. Os fatores de atração, por sua vez, determinam o fluxo da migração e estão relacionados à possibilidade de

um trabalho remunerado, ao respeito à democracia e às condições favoráveis de acesso aos serviços básicos, incluindo a saúde¹.

Segundo o International Migration Report¹, a previsão era de que o número de migrantes internacionais em todo o mundo atingisse 244 milhões em 2015. Embora esse fenômeno seja complexo e multicausal, as consequências da crise econômica, associadas às situações de guerras presentes em diversos países do Oriente Médio e da África, têm sido apontadas por organizações internacionais como elementos determinantes de tal magnitude de deslocamentos. Uma característica das migrações atuais é que não se restringem aos países do Norte, mas se tem visto, cada vez mais, as migrações Sul-Sul.

Para este trabalho, os fatores que impulsionaram a migração são os referentes aos de repulsa do país vizinho, a Venezuela, principalmente, a partir de 2015, quando ocorreu a queda vertiginosa do Produto Interno Bruto (PIB) e a hiperinflação, o que aprofundou a crise humanitária naquele país². Nesse particular, abre-se uma janela de possibilidades de discussões em relação às questões políticas, sociais e econômicas que culminaram com a atual situação da Venezuela. Todavia, este artigo tem por objetivo chamar atenção para o aumento significativo de demanda pelo direito à saúde no estado de Roraima e como as políticas públicas são de suma importância para ajudar na superação de uma crise humanitária.

Por fazer fronteira e ter maior acessibilidade, o estado de Roraima é a porta de entrada dos imigrantes venezuelanos para o Brasil. Os municípios de Pacaraima e Boa Vista são os que mais receberam imigrantes³, mesmo não havendo infraestrutura e recursos necessários para um acolhimento condizente a esse fluxo migratório. Ao longo desse estudo serão apresentados dados que demonstram o aumento significativo da entrada de migrantes, em especial, de venezuelanos pelo estado de Roraima.

Cabe destacar que a Constituição Federal, bem como a legislação que rege o Sistema Único de Saúde (SUS), garante ao acesso de estrangeiros aos serviços do SUS. Dessa forma, coaduna-se com o art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos⁴ que diz:

Art. 25. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido dentro de uma abordagem da pesquisa qualitativa do tipo teórica, pois está orientada para a condição explicativa e expositiva da realidade do fluxo migratório de venezuelanos para o estado de Roraima. Assim, contribuirá para uma reflexão e, conseqüentemente,

para uma possível reavaliação do processo do ciclo de planejamento das políticas públicas no Estado, tanto em relação à temática da migração quanto à sua relação com o sistema de saúde. Todavia, não se pretende com a sua publicação obter uma alteração imediata da realidade.

Para realização deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica referente à migração e ao direito à saúde dessa população. Os principais dados em relação ao fluxo migratório foram apresentados pelo Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), no mês de julho de 2019, concomitantemente à produção deste artigo, por meio da quarta edição do Refúgio em Números.

Ademais, foram solicitados ao Ministério da Saúde (MS), por meio da Lei de Acesso à Informação (LAI), informações referentes ao quantitativo de atendimentos/consultas da Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios de Pacaraima e Boa Vista. Assim, pode-se analisar dados de fonte secundária do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB). Outros dados públicos e publicizados por meio do sítio eletrônico do MS foram obtidos diretamente por meio de busca ativa, sendo indicados quando apresentados, sendo os principais aps.saude.gov.br e egestorab.saude.gov.br.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como já mencionado anteriormente, em julho de 2019 foi apresentado o cenário de refugiados no Brasil. Os dados foram consolidados pelo CONARE, órgão vinculado à Secretaria Nacional de Justiça do Ministério da Justiça e Segurança Pública e que conta com a participação do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR).

Para o ACNUR⁵, os refugiados são pessoas que estão fora de seu país de origem devido a fundados temores de perseguição relacionados a questões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um grupo social específico ou opinião política e não podem ou não querem valer-se da proteção de seu país. Segundo a Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997, são também refugiadas as pessoas obrigadas a deixar seu país de nacionalidade devido à grave e generalizada violação de direitos humanos⁶.

Segundo informações do Alto Comissariado, ao final de 2018, cerca de 70,8 milhões de pessoas foram forçadas a deixar seus locais de origem por diferentes tipos de conflitos. Desses, cerca de 25,9 milhões são refugiados e 3,5 milhões são solicitantes de reconhecimento da condição de refugiado. Os países que mais possuem refugiados são a Turquia (3,7 milhões), o Paquistão (1,4 milhão) e a Uganda (1,2 milhão). Em um panorama mundial, o documento do ACNUR apura que 67% dos refugiados no mundo vieram de três países: Síria (6,7 milhões), Afeganistão (2,7 milhões) e Sudão do Sul (2,3 milhões)⁷.

Pelo sítio eletrônico R4V – Plataforma de Coordinación para Refugiado y Migrantes de Venezuela é possível verificar os dados fornecidos pelos governos anfitriões. Em 5 de julho de 2019, aponta para um número de 4.054.870 de solicitações de refúgio e asilo por parte de venezuelanos no

mundo⁷. No Brasil, em 31 de março de 2019, a plataforma R4V indicava 68.499 venezuelanos com *status* de regularizado (reconhecidos como refugiados pelo Brasil ou que possuam visto temporário ou definitivo de residência) e 99.858 solicitações⁸. De 2011 até dezembro de 2018, foram recebidas 85.438 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado da Venezuela. Dessas, 61.681 foram recebidas apenas em 2018 e 81% das solicitações foram apresentadas no estado de Roraima⁹.

Com base nos termos do inciso III do Art. 1º da Lei nº 9.474, de 1997, em junho de 2019, o CONARE reconheceu a grave situação da Venezuela e passou a adotar um procedimento simplificado para a determinação da condição de refugiado de nacionais venezuelanos¹⁰.

Em abril de 2019 foi lançada uma nova plataforma em que irá tramitar todos os processos relacionados ao refúgio no Brasil, tanto aqueles de quem pretende solicitar o refúgio quanto as demandas daqueles que já são refugiados e precisam realizar a manutenção dos seus dados, o Sistema do Comitê Nacional para os Refugiados (SISCONARE)^{9,10}.

Essas ações vão ao encontro da Lei de Migração, Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Essa legislação garante ao migrante, em condição de igualdade com os nacionais, a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. No tocante à seguridade social, essa normativa assegura também o acesso aos serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória¹¹.

A lei institui o visto temporário para acolhida humanitária, a ser concedido ao apátrida ou ao nacional de país que, entre outras possibilidades, se encontre em situação de grave e generalizada violação de direitos humanos. Esse é apenas um primeiro passo para a garantia dos direitos humanos dessas pessoas, visto que as políticas públicas que tratam dessa pauta devem ser intersetoriais, considerando as mais variadas demandas do fluxo migratório. Nessa perspectiva, o setor saúde tem papel fundamental, tendo em vista os diversos aspectos que devem ser observados a fim de se obter a melhor tomada de decisões dos gestores, bem como a melhor eficiência do ponto de vista da saúde coletiva.

No contexto da migração, as políticas de saúde perpassam pela dicotomia: ora considerando o fluxo migratório como uma possível ameaça e impondo medidas restritivas, ora reconhecendo a vulnerabilidade dos migrantes, pautando-se pelo acolhimento e respeito aos direitos humanos¹².

Ambas as considerações são relevantes e os determinantes de saúde do país de origem devem ser considerados na avaliação do país destino dos migrantes. É sabido que a dispersão de patógenos acontece concomitante aos movimentos das pessoas¹³.

Não raramente, as doenças erradicadas em determinado país por conta da cobertura vacinal ressurgem após a entrada de um grande quantitativo de pessoas de outro país. Esse é apenas um exemplo da importância de se considerar os determinantes de saúde do local de origem, que não

se restringe a patógenos. Essa primeira questão da relação dicotômica é utilizada como forma de entrave à entrada das pessoas, o que pode acarretar na concentração de indivíduos (campos de refugiados) e na piora das condições de saúde, uma vez que a retenção gera uma estagnação na vida desses migrantes, ainda que essa concentração possibilite respostas mais imediatas aos migrantes no âmbito da proteção, da segurança e dos serviços básicos¹³.

Por óbvio, não se trata de não haver qualquer tipo de controle sanitário na fronteira, o ponto é a perspectiva na formulação e na integração das políticas migratórias e de saúde no sentido de respeitar os acordos internacionais no que diz respeito aos direitos humanos, intervindo para a prevenção de epidemias e o tratamento de doenças, promovendo, inclusive, o uso racional de medicamentos, a fim de se evitar a resistência a antimicrobianos, por exemplo. Em que pese existirem vários organismos internacionais, não temos um sistema de governança internacional de migração ou de saúde. Esse olhar mais globalizado é importantíssimo do ponto de vista da vigilância epidemiológica, visto o aumento da velocidade dos fluxos migratórios e, conseqüentemente, de patógenos, o que pode gerar grandes surtos ou pandemia.

Outro item cuja relação entre saúde e migração é direta diz respeito ao trabalho. Uma das maiores expectativas do migrante diz respeito à possibilidade de melhorar de vida a partir de um trabalho remunerado. Porém, a realidade que se encontra na maioria dos países de destino são condições precárias, com longas jornadas de trabalho, baixos salários e insegurança no vínculo empregatício. Essa realidade é devido à falta de documentação, à discriminação e à xenofobia, o que torna os migrantes uma população vulnerável à exploração sexual e laboral, à violência e ao tráfico de pessoas. Tal cenário requer uma atenção especial do poder público em relação a essas vulnerabilidades e medidas de proteção dos acordos internacionais e dos direitos humanos¹⁴.

No tocante ao perfil laboral, a pesquisa Perfil Sociodemográfico e Laboral da Imigração Venezuelana no Brasil, publicada em 2017 pelo Conselho Nacional de Imigração, traz dados atualizados sobre as características demográficas e laborais desses venezuelanos e aponta que se trata de uma imigração majoritariamente jovem (72% do total entre 20 e 39 anos), predominantemente masculina (63%) e solteira (54%), com bom nível de escolaridade (78% com nível médio completo e 32% com superior completo ou pós-graduação), embora apresentem pouco conhecimento do português. Os migrantes apontam a crise econômica e política como o principal motivo para emigrar e muitos já contam com redes migratórias e familiares que já residem no Brasil¹⁴.

De acordo com a nota técnica do Departamento de Saúde da Família, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde (DESF/SAPS/MS), de junho de 2019, o estado de Roraima possui uma população de 514.229 habitantes, distribuídos em apenas 15 municípios, com a menor densidade demográfica de 2 hab./km². Em relação à economia, o PIB do estado *per capita* é de R\$ 15.105,86, sendo que 14,85% da população vive em extrema pobreza. No que se refere à saúde, o estado é dividido em duas regiões de saúde e há uma grande dependência do SUS, pois apenas 5,53% da população possui plano de saúde¹⁵.

Ainda segundo o MS, os dados da APS indicam uma cobertura de 83,27% da população, esse número cai para 74,76% se for considerado apenas a Estratégia Saúde da Família (ESF). O estado conta com 155 equipes de Saúde da Família (eSF), 771 agentes comunitários em saúde (ACS), 19 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) e 105 equipes de saúde bucal credenciadas, com cobertura de 47,19 %¹⁶.

Por sua vez, Boa Vista conta com uma população de 375.374 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e possui uma cobertura de APS de 63,20%, sendo que 54,23% estão sob a organização da ESF; e Pacaraima possui 15.580 habitantes e uma cobertura de 100% de APS, com totalidade da organização pela ESF¹⁷.

O estado de Roraima, na competência de dezembro de 2018, apresentava um total de 1.032 estabelecimentos de saúde. Destes, os estabelecimentos com maior número correspondiam, respectivamente, às unidades de saúde indígena e não indígena, como também aos Centros de Especialidade¹⁸.

A Figura 1 ilustra a dispersão territorial das Unidades Básicas de Saúde no estado de Roraima.

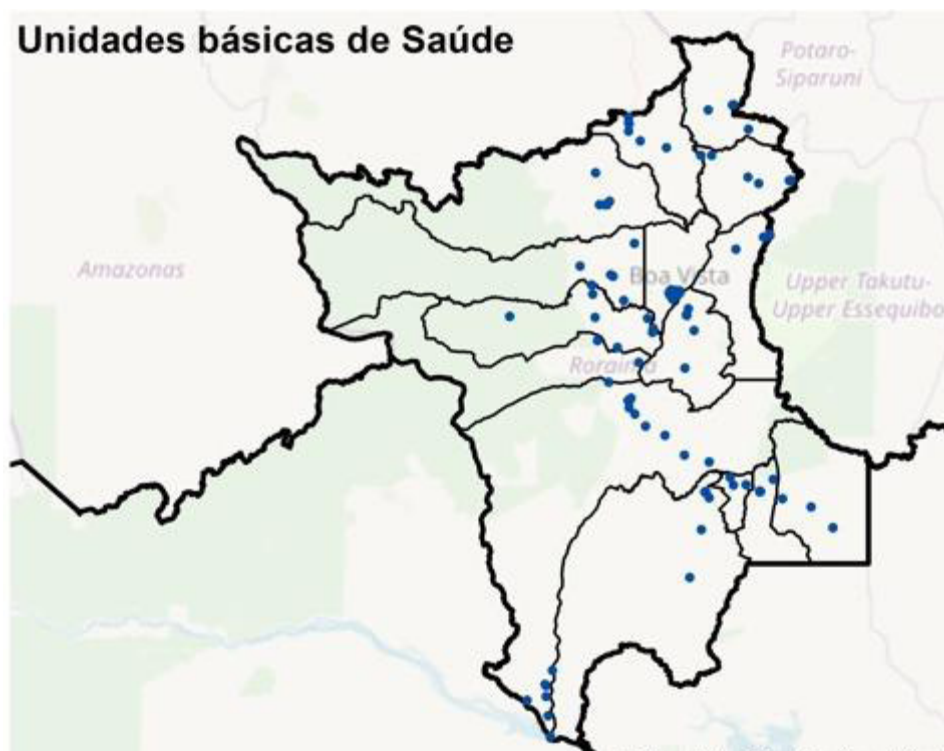


Figura 1. Unidades Básicas de Saúde no estado de Roraima

A Atenção Primária é a porta de entrada aos serviços do SUS e representa para o estado de Roraima o maior volume entre os estabelecimentos de saúde. Destarte, objetivou-se verificar a evolução dos atendimentos realizados nesse nível de atenção entre de 2014 a junho de 2019. Os dados correspondem aos atendimentos da população em geral, não sendo possível distinguir estrangeiro de não estrangeiro. Porém, o período utilizado para análise tem como referência a série

histórica apresentada pelas instituições do governo federal com o aumento significativo da entrada de estrangeiros, em especial venezuelanos, no estado.

Os dados foram solicitados ao MS, via LAI, e são oriundos do SISAB, sistema oficial do órgão referente à atenção primária.

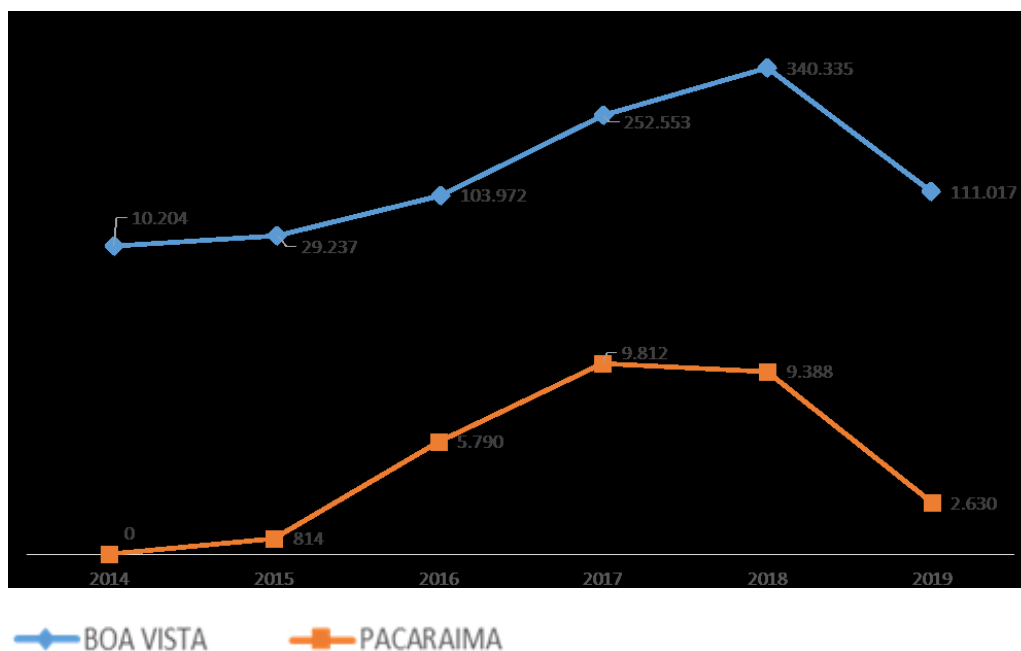


Gráfico 1. Total de atendimentos/consultas realizadas por profissionais de nível superior realizadas na atenção primária nos municípios de Boa Vista e Pacaraima (RR), de 2014 a 2019

Fonte: SISAB/MS

Os dados mostram que, em ambos os municípios, os atendimentos aumentaram a partir de 2015 e apresentaram crescimento vertiginoso até 2017, em Pacaraima, e 2018, em Boa Vista. Em 2015, os atendimentos/consultas realizadas na atenção primária em Boa Vista foram de 29.237, enquanto em 2018 alcançaram a totalidade de 340.335. Entre os anos de 2015 e 2016, houve um aumento de 255,62% nos atendimentos. Em Pacaraima, em 2015, os atendimentos atingiram 814, ao passo que em 2017 somaram 9.812, representando um aumento de 1105,41%. Cumpre ressaltar que esses números não correspondem necessariamente ao número de indivíduos atendidos, mas sim ao número de atendimentos.

Tabela 1. Indivíduos atendidos/consultados na atenção primária, por idade e sexo, no município de Boa Vista (RR), de 2015 a 2019*

ANO	IDADE	FEMININO		MASCULINO		TOTAL GERAL	
		N	%	N	%	N	%
2015	De 0 a 10 anos	512	10,4%	490	22,5%	1.002	14,1%
	De 11 a 19 anos	652	13,3%	256	11,7%	908	12,8%
	De 20 a 59 anos	3.062	62,2%	994	45,6%	4.056	57,1%
	60 anos ou mais	693	14,1%	441	20,2%	1.134	16,0%
	Total Geral	4.919	100,0%	2.181	100,0%	7.100	100,0%
2016	De 0 a 10 anos	2.736	9,8%	2.743	23,1%	5.479	13,8%
	De 11 a 19 anos	3.779	13,6%	1.454	12,3%	5.233	13,2%
	De 20 a 59 anos	17.456	62,7%	5.130	43,3%	22.586	56,9%
	60 anos ou mais	3.870	13,9%	2.531	21,3%	6.401	16,1%
	Total Geral	27.841	100,0%	11.858	100,0%	39.699	100,0%
2017	De 0 a 10 anos	14.641	11,9%	14.471	26,0%	29.112	16,3%
	De 11 a 19 anos	14.266	11,6%	6.043	10,9%	20.309	11,4%
	De 20 a 59 anos	78.555	63,8%	24.450	43,9%	103.005	57,6%
	60 anos ou mais	15.697	12,7%	10.695	19,2%	26.392	14,8%
	Total Geral	123.159	100,0%	55.659	100,0%	178.818	100,0%
2018	De 0 a 10 anos	17.064	12,9%	17.571	29,8%	34.635	18,1%
	De 11 a 19 anos	14.837	11,2%	5.932	10,1%	20.769	10,9%
	De 20 a 59 anos	86.024	65,2%	25.834	43,8%	111.858	58,6%
	60 anos ou mais	13.981	10,6%	9.635	16,3%	23.616	12,4%
	Total Geral	131.906	100,0%	58.972	100,0%	190.878	100,0%
2019	De 0 a 10 anos	8.007	12,7%	8.234	31,5%	16.241	18,2%
	De 11 a 19 anos	6.305	10,0%	2.393	9,2%	8.698	9,7%
	De 20 a 59 anos	40.919	64,8%	10.552	40,4%	51.471	57,7%
	60 anos ou mais	7.895	12,5%	4.931	18,9%	12.826	14,4%
	Total Geral	63.126	100,0%	26.110	100,0%	89.236	100,0%

Fonte: SISAB/MS

* De janeiro a maio de 2019

Tabela 2. Indivíduos atendidos/consultados na atenção primária, por idade e sexo, no município de Pacaraima (RR), de 2015 a 2019*

ANO	IDADE	FEMININO		MASCULINO		TOTAL GERAL	
		N	%	N	%	N	%
2015	De 0 a 10 anos	50	11,8%	45	32,6%	95	16,9%
	De 11 a 19 anos	58	13,7%	20	14,5%	78	13,9%
	De 20 a 59 anos	290	68,4%	60	43,5%	350	62,3%
	60 anos ou mais	26	6,1%	13	9,4%	39	6,9%
	Total Geral	424	100,0%	138	100,0%	562	100,0%
2016	De 0 a 10 anos	346	12,7%	321	31,0%	667	17,7%
	De 11 a 19 anos	483	17,7%	134	12,9%	617	16,4%
	De 20 a 59 anos	1.729	63,4%	401	38,7%	2.130	56,6%
	60 anos ou mais	170	6,2%	181	17,5%	351	9,3%
	Total Geral	2.728	100,0%	1.037	100,0%	3.765	100,0%
2017	De 0 a 10 anos	520	12,1%	503	30,6%	1.023	17,2%
	De 11 a 19 anos	743	17,2%	288	17,5%	1.031	17,3%
	De 20 a 59 anos	2.806	65,0%	589	35,8%	3.395	57,0%
	60 anos ou mais	246	5,7%	266	16,2%	512	8,6%
	Total Geral	4.315	100,0%	1.646	100,0%	5.961	100,0%
2018	De 0 a 10 anos	397	8,4%	591	27,0%	988	14,3%
	De 11 a 19 anos	810	17,2%	289	13,2%	1.099	16,0%
	De 20 a 59 anos	3.153	67,1%	885	40,5%	4.038	58,6%
	60 anos ou mais	340	7,2%	421	19,3%	761	11,1%
	Total Geral	4.700	100,0%	2.186	100,0%	6.886	100,0%
2019	De 0 a 10 anos	102	9,7%	63	16,8%	165	11,5%
	De 11 a 19 anos	164	15,5%	67	17,9%	231	16,2%
	De 20 a 59 anos	671	63,6%	178	47,6%	849	59,4%
	60 anos ou mais	118	11,2%	66	17,6%	184	12,9%
	Total Geral	1.055	100,0%	374	100,0%	1.429	100,0%

Fonte: SISAB/MS.

* De janeiro a maio de 2019

Para ambas as tabelas, os dados apresentados são de indivíduos atendidos. Comparando o número de pessoas atendidas (Tabelas 1 e 2) com o número de atendimentos (Gráfico 1), percebe-se uma queda nos primeiros valores, isso se deve ao fato de que um mesmo indivíduo pode ser atendido diversas vezes, além do que a análise de pessoas atendidas só é possível se no momento do atendimento houve o preenchimento do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do cidadão. O uso do CNS nos atendimentos não é uma obrigatoriedade para o acesso aos serviços de saúde, o que favorece o acesso de estrangeiros ao SUS, entretanto sua emissão é possível também para estrangeiros. O aumento no volume de emissões de CNS entre janeiro de 2017 e janeiro de 2018, em decorrência do fluxo migratório, foi um dos elementos decisivos para a edição da Portaria nº 1.384, de 16 de maio de 2018, que definiu o incentivo financeiro do Piso da Atenção Básica – PAB Fixo, para fins de compensação diante do fluxo migratório nos municípios de Pacaraima e Boa Vista¹⁹.

Para ambos os municípios, o número de pessoas diferentes atendidas apresentou aumento acentuado ao longo dos anos. Em Boa Vista, entre os anos de 2016 e 2018, esse número aumentou cerca de 380,81%, ao mesmo tempo que em Pacaraima houve aumento de 82,90%.

Em relação à idade dos indivíduos, para ambos os municípios, em todos os anos analisados, a faixa etária mais atendida foi entre 20 e 59 anos, assim como atendimentos ao sexo feminino em todos os anos. Em contrapartida, a faixa etária que menos apareceu divergiu entre os municípios: em Boa Vista foi a idade de 11 a 19 anos, no tempo em que em Pacaraima foi a faixa etária de 60 anos ou mais.

Na perspectiva da média e alta complexidade, os números apontam na mesma direção, ou seja, uma relação direta do aumento do fluxo migratório com o aumento de internações, como observado nos Gráficos 2 e 3.

Gráfico 2. Pedidos de refúgio de venezuelanos registrados pelo CONARE

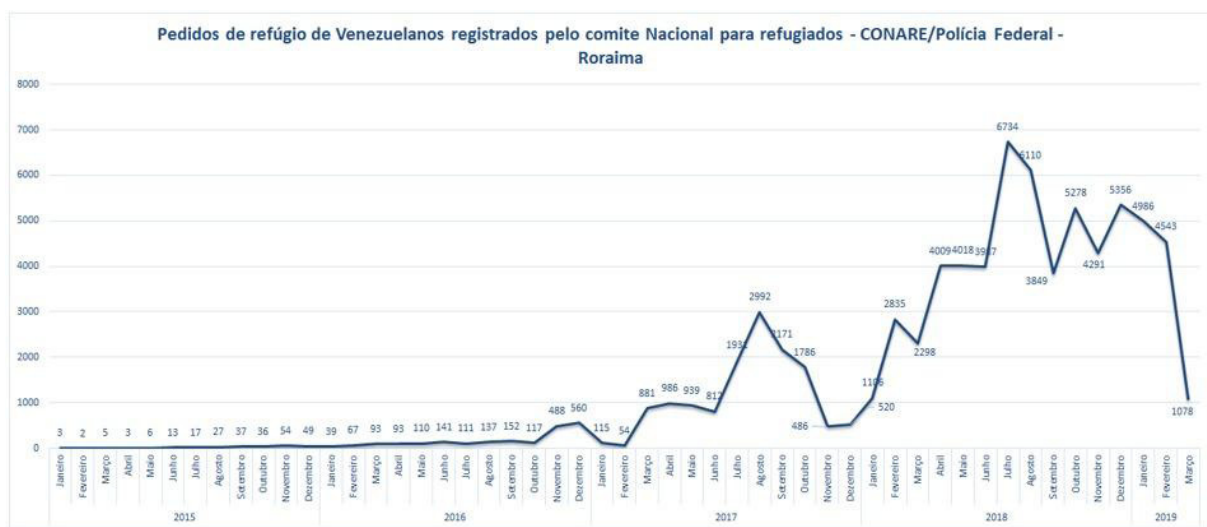
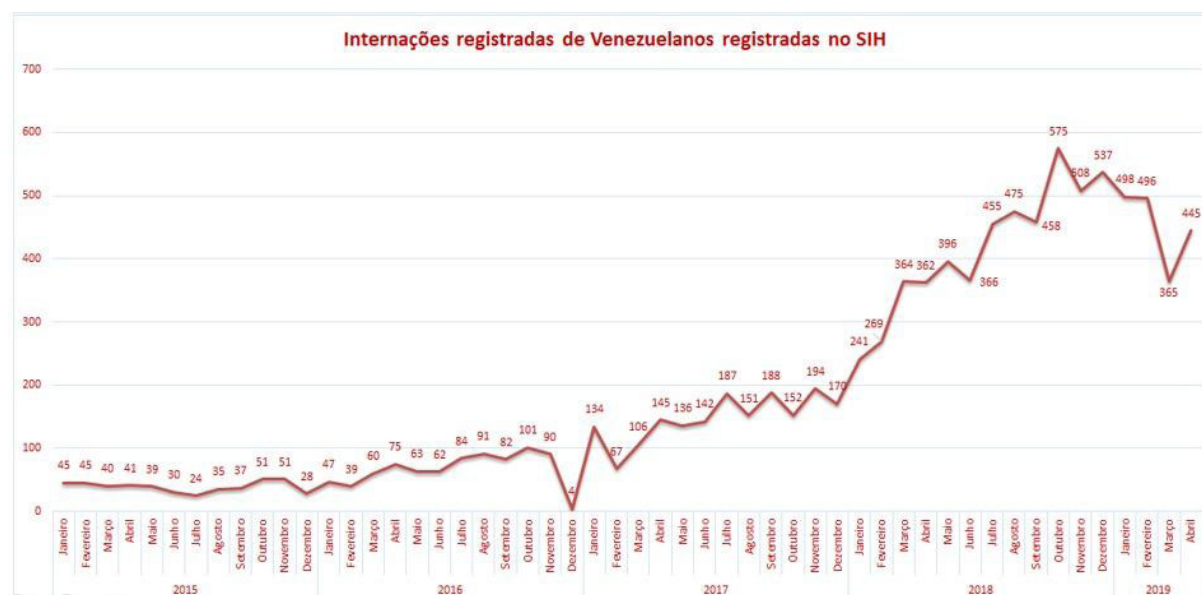


Gráfico 3. Internações registradas de venezuelanos registradas no Sistema de Internações Hospitalares (SIH), 2015-2019



Fonte: SIH/MS

Os dados da atenção primária apresentam uma evolução ao longo dos últimos anos. Embora não tenham sido apresentados dados oriundos de fonte primária, o que poderia demonstrar de forma indiscutível o aumento dos atendimentos por parte dos venezuelanos, pode-se inferir, a partir dos dados apresentados pela ACNUR, bem como pelo aumento significativo de atendimentos, que o fluxo migratório teve um impacto importante nesse primeiro nível de atenção do sistema estadual de saúde. Isso se torna mais evidente ao visualizarmos os Gráficos 2 e 3, que representam a entrada de migrantes e a internação, respectivamente.

Outro ponto relevante a ser suscitado diz respeito à competência dos entes federados em relação à organização e à forma de financiamento do SUS, já que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constante no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, dispõe no inciso IV do artigo 7º sobre contribuição para o financiamento tripartite como responsabilidade comum a todas as esferas de governo²⁰.

Como é de amplo conhecimento, a União detém a maior fonte de arrecadação de impostos, mas contribui de forma desproporcional para a consolidação do SUS, não obstante a isso, uma parte do financiamento federal tem por base a população definida em um território adstrito pelo IBGE, desprezando o fluxo migratório ou a sazonalidade.

Apesar disso, a mesma política prevê no seu artigo 10º que é competência municipal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado²⁰.

Dessa forma, nota-se que a gestão municipal enfrentará dificuldades ao se deparar com um intenso fluxo migratório de entrada de migrantes em seu território, o que remete à reflexão da necessidade de ações interfederativas para a pactuação de ações multisetoriais que permitam respostas rápidas e eficientes na busca pela proteção da vida, promoção da saúde e na luta contra as desigualdades, a discriminação e o preconceito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a formulação, implementação e avaliação das políticas públicas sobre migração é fundamental compreender as especificidades das populações migrantes, principalmente considerando a vulnerabilidade que as pessoas se encontram em relação não só à falta de bens e serviços materiais e essenciais, mas também em sua estrutura emocional e afetiva, visto que em muitas das vezes o migrante só possui o que lhe restou: a vida!

Em que pese a complexidade desse tipo de política pública, cada vez mais os dados apontam para a necessidade de um olhar atento para os fluxos migratórios internos e internacionais, na perspectiva de ações intersetoriais com o intuito de assegurar os direitos humanos, a dignidade da vida e os direitos à saúde, à educação, ao trabalho e à liberdade de expressão.

Destaca-se, ainda, a importância da cooperação internacional na perspectiva de uma atuação conjunta dos países fronteiriços, não só no âmbito da atenção primária em saúde, mas também nas ações de vigilância em saúde e nos níveis secundários e terciários de organização do sistema.

Importante ainda considerar que sistemas universais de saúde, como o SUS, conseguem, ainda que com limitações, garantir o direito à saúde de todos e todas, independentemente de sua origem, fato que avança sobremaneira na defesa dos direitos e da dignidade humana.

REFERÊNCIAS

1. ACNUR Brasil. Refúgio no Brasil: uma análise estatística de janeiro de 2010 a outubro de 2014. Agência da ONU para Refugiados; 2014. [acesso em 10 jan. 2018]. Disponível em: http://reporterbrasil.org.br/documentos/17nov2014__factsheet.pdf

2. Camargo AD, Hermany R. Migração venezuelana e poder local em Roraima. *Revista de Estudos Jurídicos UNESP* 2018; 22(35):229-51.
3. Simões G, Silva LC, Oliveira ATR Apresentação – À guisa de introdução: Imigração venezuelana no Brasil. In: Simões GF (organizador). *Perfil sociodemográfico e laboral da imigração venezuelana no Brasil*. Curitiba: CRV; 2017. p. 9-11.
4. Assembleia Geral da ONU. Universal Declaration of Human Rights. Paris 1948. [acesso em 10 jan. 2018]. Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
5. ACNUR. Refugiados. [acesso em 30 jul. 2019]. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/quem-ajudamos/refugiados/>.
6. Brasil. Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. *Diário Oficial da União*, 22 jul. 1997.
7. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Notícias. Refúgio em Números traz dados sobre a realidade do refúgio no Brasil [acesso em 30 jul. 2019]. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/collective-nitf-content-1564080197.57>
8. ACNUR. R4V. Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela [acesso em 29 jul. 2019]. Disponível em: <https://data2.unhcr.org/es/situations/platform>
9. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Refúgio em números. 4ª ed. [acesso em 28 jul. 2019]. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/refugio-em-numeros>
10. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Nota Técnica nº 3/2019 / CONARE_Administravo/CONARE/DEMIG/SENAJUS/MJ. [acesso em 30 jul. 2019]. Disponível em: https://www.justica.gov.br/news/collective-nitf-content-1564080197.57/sei_mj-8757617-estudo-de-pais-de-origem-venezuela.pdf
11. Brasil. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. *Diário Oficial da União*, 25 maio 2017; Seção 1:1-7.
12. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med*. 2011;8(5): e1001034.
13. Lynch C, Roper C. The Transit Phase of Migration: Circulation of Malaria and Its Multidrug-Resistant Forms in Africa. *PLoS Med*. 2011; 8(5): e1001040.

14. Simões G, Cavalcanti L, Oliveira T, Moreira E, Camargo J. Resumo executivo. Perfil sociodemográfico e laboral da imigração venezuelana no Brasil. Conselho Nacional de Imigração. Brasília, DF: CNIg; 2017.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica do DESF. Roraima. 2019. [acesso em 29 jul. 2019]. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/notatecnica/frmListaMunic.php>
16. Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica: Roraima. 2019. [acesso em 30 jul. 2019]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>
17. Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica: Boa Vista. Pacaraima. 2019. [acesso em 30 jul. 2019]. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Roraima. [acesso em 30 jul. 2019]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1.384, de 16 de maio de 2018. Define incentivo financeiro do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), para fins de compensação, diante do fluxo migratório nos Municípios de Boa Vista e Pacaraima (RR). Diário Oficial da União 17 maio 2018; Seção 1: 46.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 03 out. 2017; Seção Supl.: 61.

Artigo apresentado em junho de 2020

Artigo aprovado em agosto de 2020

Artigo publicado em maio de 2021