

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Jéssica Barros Duarte

REFLEXOS DA IMIGRAÇÃO VENEZUELANA EM RORAIMA: uma análise sob a óptica
da Atenção Primária à Saúde

Brasília
2021

Jéssica Barros Duarte

REFLEXOS DA IMIGRAÇÃO VENEZUELANA EM RORAIMA: Uma análise sob a óptica
da Atenção Primária à Saúde

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola de
Governo Fiocruz como requisito para obtenção do
título de mestre em Políticas Públicas em Saúde.
(Gestão e Vigilância em Saúde)

Orientador: Prof. Dr. Armando Martinho Bardou
Raggio

Coorientador: Prof. Dr. Fernando Passos
Cupertino de Barros

Brasília
2021

Jéssica Barros Duarte

Reflexos da Imigração Venezuelana em Roraima: uma análise sob a óptica da Atenção Primária à Saúde.

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Vigilância e Gestão em Saúde.

Aprovado em 19/10/2021.

BANCA EXAMINADORA



Dr. Armando Martinho Bardou Raggio. Orientador - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dr. Fernando Passos Cupertino de Barros. Coorientador - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dra. Roberta de Freitas Campos - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

Dra. Júnia Valéria Quiroga da Cunha - Fundo de Populações das Nações Unidas

Dra. Jakeline Ribeiro Barbosa - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

AGRADECIMENTOS

Ao longo de uma trajetória de mais de dois anos como aluna regular do Mestrado Profissional em Políticas Públicas, encontrei, estreitei laços e tive o apoio de inúmeras pessoas especiais, às quais quero agradecer imensamente por tornarem esta caminhada mais leve.

Aos meus orientadores Armando Raggio e Fernando Cuppertino de Barros pela contribuição e orientação durante o processo de escrita

Aos meus amigos e colegas que me apoiaram e contribuíram com esta escrita através de suas experiências com a Atenção Primária à Saúde, vivências acadêmicas e outros saberes diversos, agradeço principalmente à Renata Clarisse, Ilano Barreto, Mônica Martinêz, Luiz Felipe e Gleyber Diniz (in memoriam).

À Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária (CGIAP/MS), pela pronta disponibilização dos dados.

Ao corpo docente e aos trabalhadores da Secretaria Acadêmica da Escola de Governo Fiocruz Brasília, pelo atendimento sempre preciso a mim e aos mestrandos da instituição.

RESUMO

Este estudo versa sobre a população venezuelana e a Atenção Primária à Saúde (APS) do estado de Roraima. Seu principal objetivo concentra-se em analisar os reflexos da imigração venezuelana na APS de Roraima nos anos de 2014 a 2019. Estudo de natureza quantitativa, descritiva e transversal, os dados foram obtidos a partir do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e da plataforma do E-Gestor AB, ambos sistemas do Ministério da Saúde. Para a análise dos dados foi utilizado o programa Excel 2016. Foram identificados 64.133 indivíduos com nacionalidade venezuelana atendidos pelo menos uma vez nos serviços de Atenção Primária em todo o estado. A população foi caracterizada como jovem e feminina e as principais condições atendidas se assemelharam aos dos brasileiros em Roraima. Ao longo dos anos, houve um aumento progressivo de venezuelanos atendidos e este fator associado a concentração desproporcional dos atendimentos entre os municípios e a estabilidade da Cobertura de APS ao longo dos anos, indica aumento de sobrecarga nas equipes de saúde. Os reflexos da imigração Venezuelana na APS de Roraima foram perceptíveis em todos os municípios do estado ao se identificar a presença de venezuelanos nos estabelecimentos de saúde.

Palavras-Chave: Imigração, Atenção Primária à Saúde, Assistência à Saúde.

ABSTRACT

This study deals with the Venezuelan population in the Brazilian state of Roraima and its reflection on the Primary Health Care (PHC) assistance there. The main objective of this study is to analyze the effects of Venezuelan immigration on Roraima's PHC from year 2014 to 2019. All quantitative, descriptive and cross-sectional studies and data were obtained from the Ministry of Health's data banks, namely, the Health Information System for Primary Care (SISAB) and the E-Gestor AB platform. Data analyses were run on Microsoft Excel 2016. Results showed that a total of 64,133 Venezuelan nationals throughout the state were recipients of Primary Care attention for at least once. This population fell into the categories of young and female and the issues presented were similar to those of local Brazilians in Roraima. Over the years, there has been a progressive increase in the number of Venezuelans catered to in local health centers, and this factor, associated with the disproportionate distribution of these centers around the municipalities and the stability of PHC Coverage over the years, indicate a considerable burden increase on health care teams. The effects of Venezuelan immigration on PHC in Roraima were noticed in all municipalities of the state, as it was possible to identify the presence of Venezuelan nationals seeking assistance from health centers all over the state.

Key words: Immigration, Primary Health Care, Health Care.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População venezuelana atendida na APS de Roraima entre os anos de 2014 a 2019 por faixa etária.....	31
Gráfico 2 - Percentual de Venezuelanos atendidos na APS de Roraima por ano, de 2016 a 2019, e faixa etária.....	32
Gráfico 3 - População venezuelana atendida na APS de Roraima por tipo de atendimento por ano, de 2014 a 2019.....	33
Gráfico 4 - População venezuelana atendida na APS de Roraima por ano, de 2014 a 2019. .	37
Gráfico 5 . Proporção entre população brasileira e venezuelana atendida na APS de Roraima por ano, de 2014 a 2019.....	38
Gráfico 6 . Evolução da cobertura de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família do estado de Roraima entre os anos de 2014 e 2019.	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Principais Condições Atendidas em consultas individuais por profissionais da APS de Roraima para população venezuelana entre anos de 2014 e 2019.....	34
Tabela 2. População venezuelana atendida na APS de Roraima por Município e ano de atendimento, de 2014 a 2019.....	38
Tabela 3. Percentual de cobertura de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família dos Municípios de Roraima entre os anos de 2014 e 2019.	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Principais Condições Atendidas em consultas individuais realizadas por profissionais da APS de Roraima para população venezuelana e Brasileira entre os anos de 2014 e 2019.	36
--	----

LISTA DE SIGLAS

Sigla	Significado
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
IOM	Organização Internacional para as Migrações
CONARE	Comitê Nacional de Direitos Humanos para Refugiados
CRI	Centro de Referência ao Imigrante
OMS	Organização Mundial da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipes Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
AB	Atenção Básica
PNAB	Política de Atenção Básica
e-SUS APS	Estratégia e-SUS Atenção Primária
CSV	Valores Separados por Vírgula
XLS	Formato de arquivos de Microsoft Excel
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde versão 10
CIAP 2	Classificação Internacional da Atenção Primária
LAI	Lei de Acesso à Informação
OBMIGRA	Observatório das Migrações Internacionais
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
ACS	Agente comunitário de saúde
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 PROCESSOS MIGRATÓRIOS NO MUNDO E O DIREITO AO REFÚGIO	13
2.2 BRASIL E A IMIGRAÇÃO VENEZUELANA RECENTE	16
2.3 DIREITO À SAÚDE DO IMIGRANTE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	20
3. OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GERAL:	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	24
4. METODOLOGIA.....	25
4.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO	25
4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	25
4.3 NATUREZA DO ESTUDO	26
4.4 OBTENÇÃO DOS DADOS	26
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	28
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	30
5. RESULTADOS	31
6. DISCUSSÃO	41
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	50

D812r Duarte, Jéssica Barros
Reflexos da imigração venezuelana em Roraima: uma análise sob à
óptica da atenção primária à saúde / Jéssica Barros Duarte. - 2021
60f.: il; 30cm

Orientador: Prof. Dr. Armando Martinho Bardou Raggio
Coorientador: Prof. Dr. Fernando Passos Cupertino de Barros
Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) – Fundação
Oswaldo Cruz, Brasília, DF

1. Assistência à saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Imigração.
4. Refugiados venezuelanos. I. Duarte, Jéssica Barros. II. FIOCRUZ
Brasília. III. Título

CDD: 362.1086914
CDU: 364.444-054.73

Bibliotecária Responsável: Cleide Nascimento Pimentel – CRB6/3238

1. INTRODUÇÃO

A migração é conhecida como um fenômeno mundial e antigo e os deslocamentos ocorrem por motivos diversos (1). Esse processo perpassa pelo direito de ir e vir de todo indivíduo, porém, nos últimos anos, os deslocamentos forçados têm sido uma questão mundial a se preocupar. Conflitos armados, violência, perseguição e ausência de direitos básicos são alguns motivos que impulsionam pessoas a deslocarem forçadamente para outros países (2).

Em relatório emitido pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2019 foi apresentado que no ano de 2018 houve o maior deslocamento forçado da história já registrado pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para refugiados (ACNUR) (2). Este número superou a marca dos 70 milhões de pessoas. Entre eles, estão os pedidos de refúgio de pessoas venezuelanas, e o Brasil citado como um dos países de destino desta população (2).

Um grande número de pessoas cruzou a fronteira da Venezuela para o Brasil de 2015 a 2018, ultrapassando tantos milhares de seres humanos sem expectativa de retorno ao seu domicílio venezuelano, haja vista a crise política, econômica e social instaurada no País (3–5). Essa entrada se deu principalmente através do estado de Roraima. A chegada de uma população migrante é marcada por dificuldades vivenciadas desde o deslocamento à adaptação com o novo país, além de apresentar diversas demandas de caráter social, de saúde, entre outras (4,5).

Garantir o direito à saúde do imigrante e refugiado é uma das responsabilidades do País receptor, o que implica em garantia dos direitos básicos à vida, assim como o acesso de qualidade aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção (6). Estudos mostram que por vezes, o acesso pelos imigrantes aos serviços de saúde é limitado, tanto nos quesitos da integralidade do cuidado quanto no próprio atendimento, em que o profissional de saúde se detém aos cuidados pontuais, voltados às doenças (6–8).

Por isso, considerando que o deslocamento da população venezuelana para o estado de Roraima representou um desafio relevante para as gestões municipal e estadual; ponderando, também, que os serviços de Atenção Primária no estado representam o maior percentual entre os demais serviços de saúde; e por fim, que a produção de dados sobre saúde de populações imigrantes é ainda incipiente no Brasil, principalmente em outros níveis de atenção, que não seja no ambiente hospitalar (1), constituindo um desafio na elaboração de políticas públicas; este estudo tem como pergunta de investigação, a seguinte: Quais foram os reflexos da imigração venezuelana na Atenção Primária à Saúde do estado de Roraima?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROCESSOS MIGRATÓRIOS NO MUNDO E O DIREITO AO REFÚGIO

Desde os primórdios, os processos de deslocamento ocorrem por diversas motivações a depender da época histórica, marcando a história da humanidade. Assim, pode-se dizer que a migração é um processo antigo associado ao direito de ir e vir. A migração, além de um fenômeno social, caracteriza-se também como um direito humano (1,9). Ela pode ser caracterizada como internacional, quando o deslocamento tem como propósito a instalação em outro país para residência, seja temporária ou definitiva, como também existe a migração interna, que ocorre entre cidades do mesmo país com propósito de residência, este sendo o tipo mais comum (1).

Mundialmente, os processos recentes de migração têm apresentado aspectos diferenciados quando comparados aos do passado por serem mais numerosos, rápidos e complexos (10). E os motivos pelos quais se migra são diversificados, desde a busca de oportunidades de emprego e melhores condições de vida até por situações de proteção à própria vida, sendo que, quando por este motivo, denomina-se de deslocamento forçado (1,10).

Para casos de deslocamento forçado, as pessoas migrantes são consideradas “refugiadas”, ou seja, pessoas que foram obrigadas a deixarem seus países de origem, por motivos de: perseguição religiosa, raça ou por divergência de opinião política ou conflitos armados, em geral, por ameaça à qualquer tipo de violação de direitos humanos (11). De acordo com a ACNUR, atualmente, tem-se os maiores níveis de deslocamento por esses motivos da história já registrados na agência da ONU. Mais de 70,8 milhões de pessoas foram forçadas a deixarem seus locais de origem, destas, 25,9% são consideradas refugiadas (2).

Segundo agência da ONU, o número de migrantes forçados a saírem de seus países atingiu elevados níveis em 2015, e por isso, é considerado o primeiro grande deslocamento desde a segunda guerra mundial (12). De acordo com o relatório emitido pela Organização

Internacional para as Migrações (IOM), em 2019 havia mais de 200 milhões de migrantes internacionais em todo mundo, e segundo a ACNUR, para este mesmo ano, havia 79,5 milhões de pessoas em condição de migração forçada (13,14).

O maior número de refugiados no mundo, de acordo com o País de origem, é oriundo da Síria (6,6 milhões), Venezuela (3,7 milhões) e em seguida, do Afeganistão (2,7 milhões). Cerca de 73 % do total de refugiados no mundo são acolhidos por países vizinhos (13,14). Diante dos deslocamentos forçados, que ocorrem há muito tempo como já mencionado, a existência de instrumentos legais de proteção internacional e acordos internacionais são fundamentais para o fortalecimento da garantia da proteção e segurança a estes grupos (15).

Documentos e acordos internacionais foram elaborados ao longo dos anos para garantia da proteção da pessoa refugiada, todos foram impulsionados e refletidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos que, constituída em 1948, materializou a internacionalização dos direitos humanos (15). E ao que se refere aos direitos de refúgio, a Declaração consolidada, em seu artigo XIII e XIV (16), que :

Artigo XIII - 1. Toda pessoa tem direito à liberdade de locomoção e residência dentro das fronteiras de cada Estado

Artigo XIV - 1. Toda pessoa vítima de perseguição tem o direito de procurar e de gozar asilo em outros países.

Outros marcos merecem destaque, a saber, a Convenção de Genebra de 1951 e o protocolo de 1967, ambos relativos ao estatuto dos refugiados, pois constituem marcos legais importantes na concessão do direito ao refúgio em outros Países, estes marcos legais dispõem sobre o conceito do termo refugiado, além de expressarem que pessoas refugiadas devem gozar dos mesmos direitos que os nacionais (17,18). Em sequência foi elaborada a Declaração de Cartagena, em 1984, documento que amplia o conceito de refugiados, adequando-se à realidade da América Latina, esta declaração complementa os documentos anteriormente citados (19).

Vale ainda ressaltar outro marco importante que ocorreu mais recentemente, que foi a reunião de Alto-Nível das Nações Unidas sobre refugiados e migrantes em 2016, em que reuniu a comunidade internacional para pensar em formas de enfrentamento aos grandes fluxos de refugiados e migrantes na atualidade (20). Nesta reunião, especificamente na 71ª sessão, 193 países, em que se inclui o Brasil adotaram a Declaração de Nova York (20).

A Declaração de Nova York reconhece que os fluxos migratórios carregam questões políticas, econômicas e de direitos humanos no processo de deslocamento e que é de responsabilidade internacional a busca por soluções globais, principalmente porque os deslocamentos tendem a aumentar em todo o mundo. Ao adotar esta declaração os países se comprometem a respeitar e garantir os direitos humanos tanto de refugiados quanto de migrantes (20).

Ao reconhecer os desafios na garantia dos direitos a pessoa migrante e refugiada, como resultado da Declaração de Nova York, outros dois pactos foram elaborados: o Pacto Global para Migração Segura, Ordenada e Regular e o Pacto Global para os Refugiados, ambos aprovados em 2018 (21–23). Apesar de ambos os documentos serem de natureza voluntária e não serem considerados instrumentos juridicamente vinculativos, eles representam um grande avanço no fortalecimento da cooperação entre os países e na coibição do acolhimento, principalmente aos refugiados, de forma relegada, discriminatória e restrita a política de acampamentos (21–23).

Os pactos reiteram a necessidade de um olhar global e cooperativo entre os países a fim de apoiar os países anfitriões no acolhimento aos refugiados e migrantes, promovendo uma condução do acolhimento de forma digna e humana com vistas a melhorar a vida dos refugiados e migrantes incluindo-os nos sistemas nacionais de geração de emprego e renda, educação, saúde entre outros (21,22). Em contrapartida, estas pessoas podem contribuir com a

economia local, fortalecendo o país com suas habilidades e força de trabalho, além de agregar culturalmente e socialmente (24).

Os documentos legais de proteção e os pactos de migração e refúgio seguros endossam o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1966) e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), documentos com força legal, redigidos também com base na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) (16,25,26). Estes documentos reafirmam categoricamente que toda a pessoa humana tem direito à vida, saúde, educação, alimentação, refúgio, entre outros, coibindo a discriminação por qualquer motivo (16,25,26).

Além dos documentos internacionais, cada país é incentivado a estabelecer suas leis e documentos de amparo à proteção. Nesse quesito, o Brasil possui a Constituição Federal de 1988 e a Lei 9.474 de 1997 como principais amparos jurídicos nacionais que englobam este tema. Através das alíneas da Constituição Federal Brasileira, o País se compromete com a garantia dos direitos humanos e direitos fundamentais das pessoas em território nacional, sejam de nacionalidade brasileira ou estrangeira, assim como estabelece princípios de governança do estado democrático de direito (15,27).

Enquanto que a Lei 9.474 promulgada em 1997 define os mecanismos de implementação do estatuto dos refugiados de 1951, além de estabelecer critérios para concessão de refúgio, baseado no próprio estatuto, mas também ampliando o conceito conforme a declaração de Cartagena. Também a partir desta lei, criou-se o Comitê Nacional de Direitos Humanos para Refugiados (CONARE), órgão responsável pelo tema no País até os dias atuais (15,28).

2.2 BRASIL E A IMIGRAÇÃO VENEZUELANA RECENTE

O Brasil tem em seu histórico, o recebimento de imigrantes e também a emissão de brasileiros para outros países. Tradicionalmente, tanto o recebimento de estrangeiros quanto a emissão de brasileiros tem caráter de turismo, negócios, trabalho e conseqüentemente a movimentação da economia no País e trocas culturais, aspecto este desencadeador dos fluxos migratórios (29). Para outros Países, o recebimento de imigrantes e refugiados já ocorre há décadas e tem em seu histórico o fortalecimento de políticas e regulamentos de acolhida para tal finalidade. (1)

Segundo dados do Comitê Nacional para Refugiados do Brasil (CONARE) de 2001 até março de 2019 foram solicitados 178.037 pedidos de refúgio ao Brasil de pessoas com 165 nacionalidades diferentes (30). A Venezuela foi a nacionalidade que mais solicitou refúgio ao Brasil (95.554), seguida do Haiti (17.494), Senegal (8.555) e Cuba (7.741) (30).

O Brasil e a Venezuela apresentam espaços transfronteiriços importantes entre si, estes se localizam ao norte do Brasil e ao Sul da Venezuela e a fronteira que é reconhecida internacionalmente tem apenas uma travessia via estrada, que situa-se entre as cidades de Pacaraima - Roraima (Brasil) e Santa Elena de Uairén (Venezuela) (31). A fronteira entre estes países, ao longo dos anos, teve uma forte movimentação devido ao aumento dos transportes e tecnologias de comunicação. Os fluxos de pessoas, incluindo turistas e trabalhadores migrantes; de mercadorias e de cultura aumentou de forma significativa enaltecendo de forma positiva as peculiaridades das regiões transfronteiriças (32).

A proximidade entre as cidades e a mobilidade terrestre, por muito tempo, permitiu a travessia dos brasileiros à Venezuela para aquisição de bens e serviços e inclusive de geração de empregos, como o estabelecimento de áreas comerciais, ao tempo que venezuelanos vinham ao Brasil para adquirir bens e serviços nas áreas de educação e saúde (32). Essas movimentações aqueceram a economia dos estados e promoveram uma característica peculiar entre essas regiões, que é a integração social, econômica e política (29).

O movimento de migração entre Venezuela e Brasil se caracterizou por muito tempo com o maior número de brasileiros, a partir de Roraima, emigrando para Venezuela. Dois motivos marcaram este deslocamento: a estabilidade econômica, na época, da Venezuela em 1970 e o declínio da garimpagem no Brasil, principalmente em Roraima em 1980 e 1990 (32). No aspecto de recebimento de refugiados, qual seja o motivo, a Venezuela já abrigou refugiados de outras regiões do País e de outras partes do mundo (33).

No entanto, a partir de 2015 se agravou na Venezuela a crise política e econômica que vinha assolando o País há algum tempo decorrente do aumento da inflação, instabilidades políticas e outros condicionantes (34,35). O desabastecimento de alimentos, insumos básicos e medicamentos se apresentaram como uma realidade ao povo venezuelano, além do aumento da violência, resultando também numa crise social (34,35). Devido a esta crise humanitária, pessoas têm atravessado as fronteiras de seu país em busca de melhores condições de vida. Segundo a ACNUR, este é o maior deslocamento na história da Venezuela, recentemente (33).

Ainda segundo a ACNUR, o deslocamento da população venezuelana para outros países é uma das maiores crises de migração atual. São mais de 4 milhões de refugiados venezuelanos em outros Países. Desde 2014, os pedidos de refúgio para esta população aumentou cerca de 8 mil por cento no mundo (33) e devido à proximidade em ter uma fronteira a menos de 3 mil quilômetros, o Brasil tem sido o destino de muitas pessoas venezuelanas (21). Além de outros países, a saber: Chile, Peru, Colômbia, Estados Unidos e Espanha. De todos estes, os três últimos concentrando o maior número de recebimento de venezuelanos (1).

Das solicitações realizadas por venezuelanos, o maior quantitativo (91.262) concentrou-se nos anos de 2017, 2018 e 2019 e os estados para os quais houve maior solicitação foram: Roraima (76.539), Amazonas (14.757) e São Paulo (1.421) (30).

Essa entrada no País vem se dando principalmente através de Roraima, pelo acesso de Santa Elena de Uairén (Venezuela) a Pacaraima (Brasil) onde se encontram as alfândegas de ambos os países, mas também através de rotas clandestinas em torno da BR-174 (31,36).

De acordo com dados da Polícia Federal do Brasil, entre 2017 e 2018, 176.259 venezuelanos entraram no País pela fronteira de Pacaraima (RR), mas 90.991 (51,6%) desses saíram do País, por via terrestre e outros embarcaram em voos internacionais. Em outubro de 2018, foi disponibilizado ainda por este órgão, um número de 85 mil refugiados em Roraima, sendo este uma estimativa, realizada através do número de solicitações de refúgio, pedidos de residência e agendamentos para tal (36).

A ACNUR e a Organização Internacional para as Migrações (OIM), através do Plano de emergência para refugiados e migrantes da Venezuela, também registra o aumento substancial de venezuelanos vivendo no Brasil, desde 2016. E em novembro de 2018, havia uma média de 400 a 500 novos venezuelanos atravessando a fronteira para o Brasil por dia. Muitos em condições de vulnerabilidade e necessidade de assistência (37).

De acordo com a pesquisa de perfil sociodemográfico e laboral da migração venezuelana no Brasil, publicada em 2017, o perfil de imigrantes em Roraima é grande parte de jovens entre 20 a 39 anos (72%), do sexo masculino (63%) e com bom nível de escolaridade, apesar do baixo conhecimento do português (38). Outro aspecto importante é que em Boa Vista, capital do estado, a concentração de povos da etnia Warao e É'nepá, imigrantes indígenas da Venezuela, marca um tipo diferenciado de migração, visto que este foi o primeiro relato de imigração indígena ao Brasil (38).

Devido as peculiaridades culturais e de idioma, imigrantes indígenas foram alojados no Centro de Referência ao Imigrante (CRI), Nesta pesquisa, para os não indígenas, o principal motivo para imigração foram as crises que assolam o país, enquanto que para população indígena (Warao e É'nepá), a fome foi o principal fator (38).

2.3 DIREITO À SAÚDE DO IMIGRANTE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com o Alto Comissariado dos Direitos Humanos da ONU, o direito à saúde compõe um dos pilares dos direitos humanos. Esse direito sem distinção de raça, religião e condição socioeconômica inclui fatores como boas condições de vida e o acesso a serviços de saúde de qualidade (8,39) Para tanto, os estados têm a responsabilidade de garantir e preservar os direitos humanos em suas legislações ou políticas nacionais, de acordo com o direito consuetudinário e tratado internacional de direitos humanos (39).

Outro aspecto importante do direito à saúde é que este deve prezar pela universalidade e equidade do acesso, sem discriminação. Desigualdades no acesso a saúde é uma realidade que está intrinsecamente associada a desigualdades de outros campos, como a social e ambiental (8). Sabe-se que para os países com cobertura universal, a oferta de acesso e serviços de saúde para todos de forma equânime tem sido um desafio (8).

Neste contexto, países que recebem populações migrantes lidam com a entrada de pessoas com diferentes perfis epidemiológicos e condições de saúde por vezes desafiadoras no País receptor. As barreiras da língua e da cultura também são desafiadores aos profissionais de Saúde (7,8). Além do combate à violência, discriminação e exploração que os migrantes e refugiados estão expostos, gera no país e no sistema de saúde, grandes responsabilidades e necessidade de aquisição de estratégias tanto para o cuidado dos que chegam, assim como o da população residente (7,8).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde , em seu relatório Saúde nas Américas, aos refugiados, os sistemas de saúde devem ter entre suas prioridades: reduzir as desigualdades de cobertura e acesso aos serviços de saúde entre a população imigrante e a local e proteger e garantir o direito à saúde aos imigrantes e refugiados (8,20).

Garantir esse direito vai além do acesso, mas acesso de qualidade e a todos os serviços necessários à saúde. Suphanchaimat, em seu estudo europeu, mostrou que os países

receptores possuem diferenças na oferta dos cuidados em saúde a imigrantes indocumentados, restringindo seu acesso a cuidados pontuais, a exemplo das emergências (6). Restringir o cuidado ao imigrante apenas às questões físicas é uma realidade (6).

No contexto brasileiro, o sistema de saúde é constituído por uma rede regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescentes, nível primário, secundário e terciário (27). E ao encontro da lei orgânica da Saúde, o Decreto 7.508 de 2011, reafirma que o acesso universal e igualitário aos serviços do SUS deve ser ordenado pela Atenção Primária, considerada o primeiro nível desta cadeia (40). Sendo o local preferencial para o primeiro contato com o SUS (41).

Os cuidados primários em saúde há anos, vem sendo uma estratégia de garantia de aumento dos níveis de saúde das populações em muitos países. A disseminação desta prática foi fortalecida a partir da declaração de Alma-Ata (1987), documento que sintetiza orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para garantia da saúde dos povos (42,43). Este documento é considerado um marco para Atenção Primária a Saúde (APS) por abordar de forma enfática os cuidados primários em saúde como um elemento central para o alcance da melhor situação de saúde em todos os países (42,43).

A ênfase dada pela OMS na ocasião desencadeou outras discussões no âmbito da saúde em todo o mundo, e em alguns países proporcionou a estruturação de sistemas de saúde universais e com priorização da atenção primária como eixo estruturante como é o exemplo do Brasil (44). A APS é considerada a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde, e se bem organizada, pode apresentar resolutividade satisfatória para maioria dos problemas de saúde da população (41).

Essa característica resolutiva pode ser compreendida a partir dos quatro atributos da APS, delineados por Starfield, a qual segue as premissas da Alma-Ata e traduz a potencialidade da APS em quatro atributos principais, que são eles: Acesso de primeiro

contato, o acesso ao serviço que deve ser garantido sempre que necessário; Longitudinalidade: relação temporal entre profissional e usuário; Coordenação: integração com outros serviços qual o usuário necessita ;e Integralidade: ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação adequadas ao contexto da APS (43).

O Brasil, país continental, optou pela garantia do direito à saúde através da adoção de um sistema de saúde universal. O sistema de saúde brasileiro, o SUS, instituído pela lei orgânica 8080 de 1990 é considerado uma conquista do povo brasileiro (45,46) e tem a APS como o primeiro nível de atenção e com alta capilaridade no País (45,47,48). A APS brasileira tem na estratégia de saúde da família seu principal modelo de organização, mas reconhecendo outras conformações (41).

A ESF, criada em 1994, é composta por equipes multiprofissionais, incluindo agentes comunitários de saúde e que deve atuar em estreita relação com o território de abrangência (48)(41). De acordo com dados apresentados pelo Ministério da saúde sobre cobertura de APS, o Brasil, atualmente, possui 43 mil equipes de APS espalhadas pelo território brasileiro, com um total, em média, de 119 milhões de pessoas vinculadas a estas (46,47,49).

Estudos apontam que a expansão da ESF ao longo dos anos no País está intimamente associada à diminuição da mortalidade infantil, aumento do acompanhamento do pré-natal, aumento dos índices de vacinação entre outros cuidados essenciais (45,48). A partir destes resultados entende-se de forma concreta o potencial de uma APS forte em um País em desenvolvimento.

Diante da expansão da APS nos municípios brasileiros ao longo dos anos e apesar dos resultados exitosos apresentados, iniquidades no acesso ainda são reais e se apresentam com maior força em populações específicas, a exemplo de povos quilombolas, assentados, imigrantes ou populações economicamente vulneráveis (50). Barreiras no acesso, ainda hoje, impedem que famílias sejam acompanhadas pela APS, forçando-os à procura de alternativas

em outros níveis de atenção, provocando peregrinação na rede de atenção e a não resolução do seu problema ou uma resolução parcial, pontual (50).

O artigo 196 da Constituição Federal do Brasil é claro em afirmar que saúde é um direito de todos, o que inclui brasileiros, estrangeiros, imigrantes, populações específicas entre outras, sendo o Estado responsável por essa garantia mediante políticas sociais e econômicas (27). A Constituição, bem como a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantem o acesso de estrangeiros e nacionais aos serviços ofertados pelo SUS (27,46).

A partir dessa premissa que entende-se que todo o indivíduo em território brasileiro, tem o direito ao acesso de qualidade também aos serviços de APS, incluindo nacionais e estrangeiros, por considerar que ela constitui-se o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)(41).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Analisar os reflexos da imigração venezuelana na Atenção Primária à Saúde do estado de Roraima nos anos de 2014 a 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Descrever o perfil epidemiológico e assistencial dos atendimentos destinados aos venezuelanos na APS no período;

Identificar as principais condições atendidas pelos profissionais da APS à população venezuelana no período;

Estimar a sobrecarga dos serviços de APS decorrente do fluxo migratório de venezuelanos em Roraima no período.

4. METODOLOGIA

Este estudo versa sobre a população venezuelana e a APS do estado de Roraima. A população estudada consistiu de indivíduos com nacionalidade venezuelana, atendidos nos estabelecimentos de APS em Roraima, situada na região norte do Brasil.

4.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Referente a população deste estudo, será utilizada a nomenclatura “população Venezuelana”. Os termos “imigrante” e “refugiado”, não são variáveis coletadas no sistema de informação da APS.

Critérios de Inclusão:

População identificada como Venezuelana através do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e atendida em estabelecimentos de APS no estado de Roraima nos anos de 2014 a 2019.

Critérios de Exclusão:

Atendimentos sem identificação do CNS ou com CNS não encontrados na base de dados do DATASUS (inválidos).

População com nacionalidade referente a outro país, que não seja a Venezuela e Brasil.

De modo complementar, a população brasileira atendida em Roraima foi utilizada em análises comparativas relacionadas aos serviços prestados à população venezuelana, utilizando-se as mesmas regras citadas acima.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o estado de Roraima, localizado na região norte do Brasil, considerado o estado mais setentrional do País, Roraima possui espaços transfronteiriços com a Venezuela e representou o local de principal entrada da população Venezuelana ao Brasil a

partir de 2015. O período do estudo abrangeu os anos de 2014 a 2019 a fim de obter dados no período anterior e posterior ao início do movimento migratório.

4.3 NATUREZA DO ESTUDO

Utilizou-se a abordagem quantitativa, descritiva e transversal e com informações oriundas da base de dados do Ministério da Saúde a partir do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e da plataforma do E-Gestor AB. De acordo com Almeida e Filho (2000), estudos transversais no contexto metodológico da epidemiologia, consiste na análise de um dado em determinado tempo dentro do fluxo histórico do evento escolhido para análise, o que permite evidenciar características e correlações do momento (51). Estes estudos são de grande importância na caracterização de uma população, identificação de grupos de risco e para ações de planejamento em saúde (52).

Estudos com abordagem descritiva tem em seu objeto as análises de distribuição e ocorrência de eventos de acordo com o tempo, lugar e características dos indivíduos, sua importância na saúde está em possibilitar a identificação de grupos de maior risco diante de uma situação em saúde, principalmente quando se utiliza grandes bancos de dados na análise (53).

No que se refere ao termo Atenção Primária à Saúde (APS) utilizado no estudo, este é considerado equivalente ao termo Atenção Básica (AB) quanto a princípios e diretrizes da política de Atenção Básica conforme descritos na PNAB (41).

4.4 OBTENÇÃO DOS DADOS

A obtenção dos dados ocorreu através da solicitação formal via ofício ao Departamento de Saúde da Família do Ministério da Saúde (DESF/SAPS/MS) via Sistema Eletrônico de Informações (SEI) sob o nº 25000.107777/2020-87.

O principal sistema utilizado no estudo é o SISAB, instituído em julho de 2013 no Brasil, ele compõe a estratégia e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), que gradativamente foi adotada pelos municípios brasileiros, ao ponto de em 2016 o Ministério da Saúde instituir a obrigatoriedade de envio de informação a este sistema associado à transferência de recursos federais. Desde então, este sistema é considerado o sistema oficial do Ministério da saúde no âmbito da APS.

Ele armazena dados individualizados dos cidadãos atendidos, atendimentos e atividades neste âmbito. Foram utilizados os quatro modelos de informação mais preenchidos pelos profissionais, o que representa o maior volume de dados do SISAB, estes modelos são: Atendimento individual - atendimentos realizados por profissionais de nível superior, exceto odontólogo; Atendimento odontológico individual - atendimentos realizados por profissional odontólogo e técnico/auxiliar de saúde bucal; Procedimentos - procedimentos realizados por qualquer profissional da equipe de saúde e Visita domiciliar –atividade realizada pelo Agente Comunitário de Saúde.

Quanto aos dados de pessoas atendidas, foi solicitado as mesmas variáveis de dados tanto da população venezuelana quanto para população brasileira a fim de aperfeiçoar e enriquecer as análises.

Outro sistema utilizado foi a Plataforma E-Gestor AB que disponibiliza relatórios públicos e dispõe de sistemas relacionados a Programas da Atenção Primária. Desta plataforma foi utilizado o relatório público de evolução de cobertura de Atenção Primária do estado de Roraima e seus municípios.

O banco de dados SISAB é um banco de dados relacional, com variáveis estruturadas no formato de linhas e colunas, e armazenadas em tabelas. Os dados foram recebidos no formato padrão do banco de dados e em arquivos CSV (Valores Separados por Vírgula) e XLS, formato de arquivos do Microsoft Excel, totalizando 11 arquivos, todos

contendo dados consolidados para garantir o anonimato dos usuários atendidos e em diferentes níveis de granulação a fim de não duplicar os indivíduos, sendo este o motivo do recebimento do número de arquivos citados.

Para o alcance dos objetivos propostos, foram analisadas as seguintes variáveis:

*Para descrever o perfil epidemiológico e assistencial dos atendimentos destinados aos venezuelanos na APS no período: Idade e sexo dos indivíduos atendidos, tipo de atendimento realizado. *Para identificar as principais condições atendidas pelos profissionais da APS à população venezuelana no período: condições atendidas registradas através dos códigos CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde versão 10), CIAP 2 (Classificação internacional da Atenção Primária) e campo rápido registrados pelos profissionais de APS. *Para estimar a sobrecarga dos serviços de APS decorrente do fluxo migratório de venezuelanos em Roraima no período: População venezuelana e brasileira atendidas; cobertura de APS nos municípios de Roraima, evolução de venezuelanos atendidos no estado e nos municípios.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO, ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados recebidos foram organizados e apresentados em tabelas e gráficos. A análise descritiva foi expressa em frequência (n) e percentual (%) e para esta elaboração foi utilizado o programa Excel 2016.

Para maioria dos dados recebidos, não houve a necessidade de tratamento, devido ao formato do pedido já estruturado, no entanto, para as variáveis de Condição atendida, exigiu-se esta tarefa. No banco de dados, o campo condição atendida tem a nomenclatura de “problema/condição avaliada” e é composto por três tipos de dados: dado registrado no campo rápido da ficha em papel, campo este com as condições já descritas e categorizadas e dado registrado com o código da CID 10 ou código da CIAP 2. Todos os dados citados referem-se

as condições atendidas pelo profissional de saúde durante as consultas e podem ser compreendidos da seguinte forma:

- 1- Códigos rápidos – Códigos relativos às 22 condições mais comuns atendidas na Atenção Primária. Os campos rápidos são categorias compostas considerando os códigos da CID 10 e CIAP 2, e sua utilização restringe-se a fichas de papel utilizadas em ambientes não informatizados da APS.
- 2- CID 10 – Códigos relativos à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde versão 10, sua utilização pode ocorrer em ambientes informatizados ou fichas em papel.
- 3- CIAP 2- Códigos relativos à Classificação internacional da Atenção Primária. sua utilização pode ocorrer em ambientes informatizados ou fichas em papel.

A estruturação dos dados foi conformada por ano de atendimento, município, pessoas de nacionalidade brasileira e venezuelana e os códigos registrados durante os atendimentos de acordo com a CID 10, CIAP 2 ou código rápido, a fim de conhecer quais foram as condições mais presentes entre os indivíduos de ambas as nacionalidades, atendidos na APS. Os dados recebidos do banco de dados do MS, considerando todos os anos do estudo, corresponderam a 5.817 condições manejadas e avaliadas diferentes e para facilitar as análises, para os códigos da CID 10 e CIAP 2, foi realizada a categorização em agrupamentos menores seguindo os capítulos e estruturação da própria CID 10 e da tabela CIAP 2. Para a CIAP 2 ainda foi realizada uma categorização do campo procedimentos, ocasionando a criação das seguintes subcategorias: Exames em geral e avaliação em saúde; Consulta na APS; procedimentos preventivos, medicação, prescrição e renovação; outros procedimentos e procedimento administrativo/referência e contrarreferência.

Ao final, considerando os três modelos de categorização, obteve-se ao todo 360 categorias de condições atendidas pelos profissionais e para cada ano separadamente,

selecionou-se as 10 categorias mais registradas para ambas as nacionalidades, após retirada das duplicatas, obteve-se um número de 24 condições atendidas para população venezuelana e 19 para população brasileira, estas foram apresentadas no resultado em formato de tabela, em ordem de maior frequência de registro e foram consideradas como as principais condições atendidas pelos profissionais da APS para cada nacionalidade.

Em geral a análise e discussão dos dados foi realizada à luz da literatura nacional e internacional, bem como documentos nacionais, com abrangência de outros níveis de atenção em saúde, visto que a temática da migração e a APS podem ser restritos a determinados países. De igual modo, com o objetivo de enriquecer a discussão dos dados foram utilizadas informações da Polícia Federal do Brasil solicitadas via LAI, referentes a presença de venezuelanos em Roraima.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para este estudo, utilizou-se bases de dados secundários como fonte, e, portanto, não houve utilização de dados sensíveis à identificação pessoal, no entanto, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Fiocruz - Brasília e sob o parecer 4.232.142 obteve aprovação em agosto de 2020. Todos os aspectos éticos e legais referentes às fases do projeto foram respeitados de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

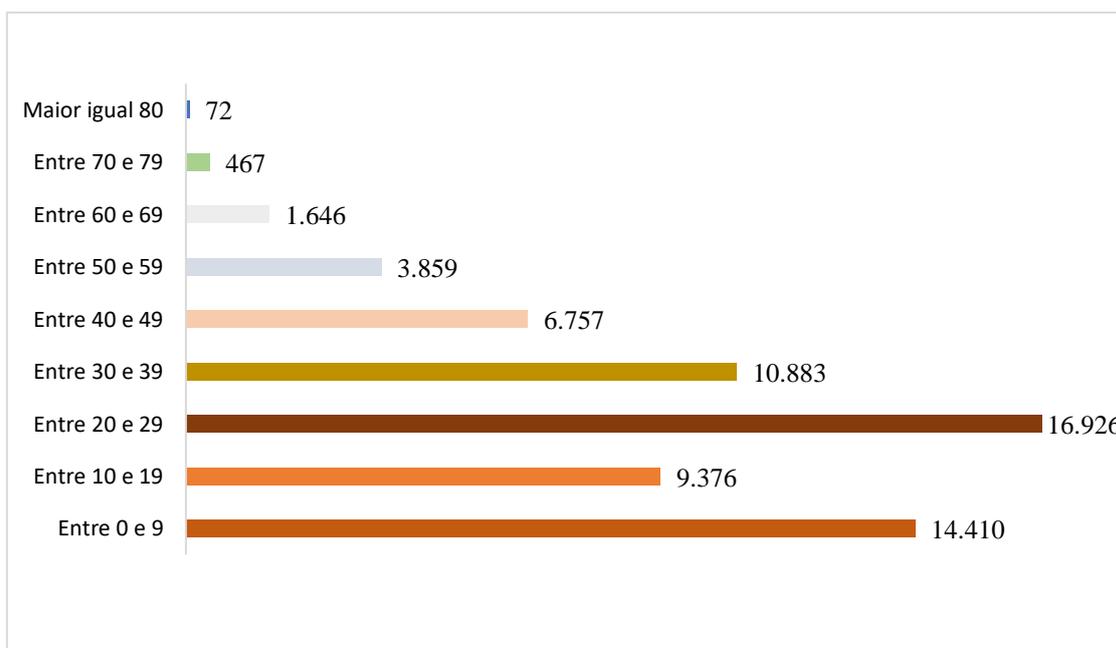
Os dados recebidos foram utilizados apenas para o cumprimento dos objetivos deste estudo e posterior publicação científica com divulgação de informações em saúde.

5. RESULTADOS

Nos anos do estudo (2014 a 2019) foram identificados 64.133 indivíduos com nacionalidade venezuelana atendidos pelo menos uma vez nos serviços de Atenção Primária em todo o estado, ressalta-se que este valor corresponde a indivíduos únicos. Destes, 57,48 % (n=36.863) correspondiam ao sexo feminino, 42,46 % (n=27.234) ao sexo masculino e 0,06 % (n=36) sexo ignorado.

A presença de registros em saúde para esta população no SISAB se mostrou mais significativa a partir de 2016, mesmo ano que foi instituído a obrigatoriedade do envio de dados da APS ao MS.

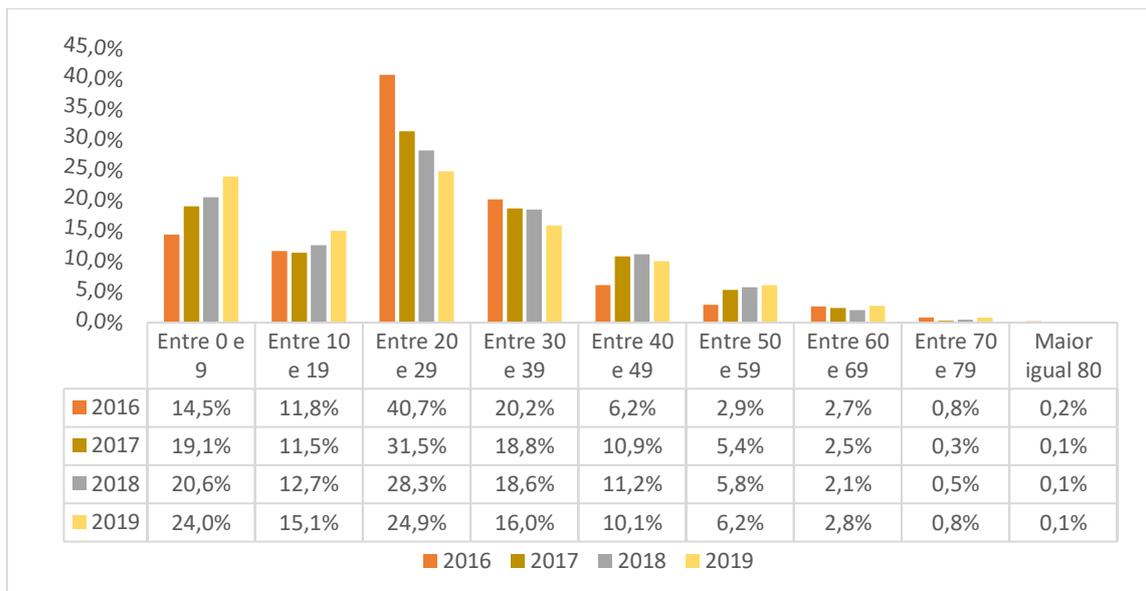
Gráfico 1 - População venezuelana atendida na APS de Roraima entre os anos de 2014 a 2019 por faixa etária.



Fonte: SISAB (2014 a 2019)

No tocante ao perfil etário, o gráfico 01 apresenta que a população jovem foi predominante ao longo dos seis anos, os maiores números se concentram de forma sequencial em pessoas entre 20 e 29 anos, 0 e 9 anos, 30 e 39 anos e 10 e 19 anos.

Gráfico 2 - Percentual de Venezuelanos atendidos na APS de Roraima por ano, de 2016 a 2019, e faixa etária.

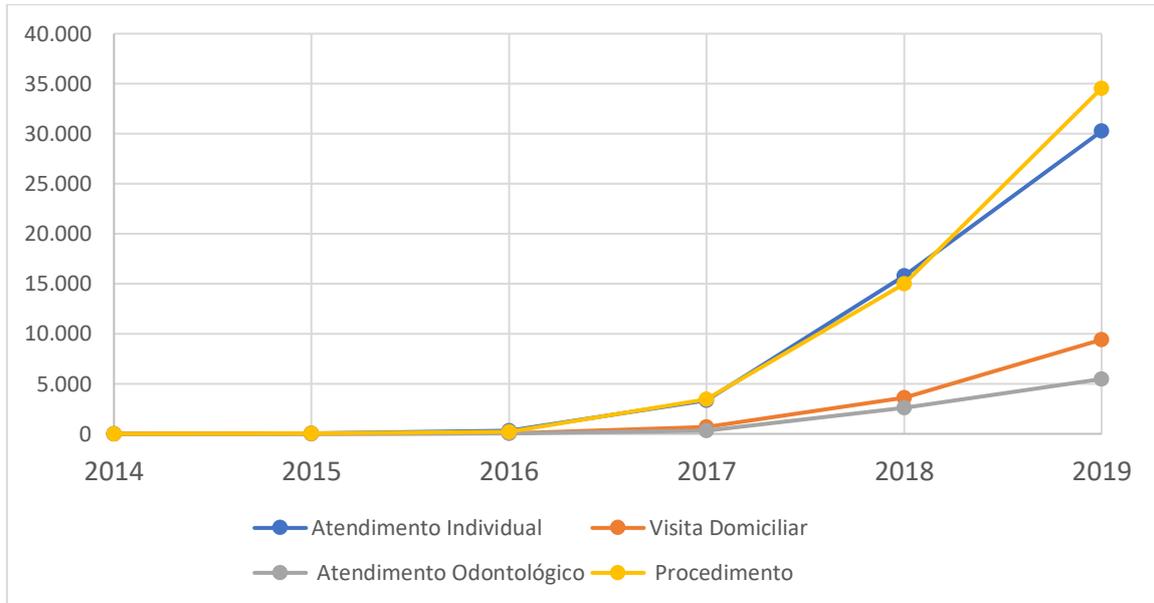


Fonte: SISAB (2016 a 2019)

Referente ao gráfico acima (gráfico 02) optou-se por realizar a análise a partir de 2016 devido a maior representatividade de dados para a população em estudo. A partir disto, identifica-se que ao longo dos anos não houve grandes oscilações entre os grupos etários. Em todos os anos a população jovem teve alta porcentagem entre as pessoas atendidas na APS, ratificando a presença marcante da população jovem nos serviços de APS do estado.

Em relação ao tipo de atendimento que a população em estudo realizou, observa-se que a partir de 2017 houve maior volume de dados possibilitando melhores análises após este período. (**gráfico 03**). atendimentos individuais, Odontológicos, Realização de procedimentos e o Recebimento de visita domiciliar caracterizam-se como as principais atividades realizadas na APS, qual possibilita o contato com profissionais de diferentes áreas e cuidados.

Gráfico 3 - População venezuelana atendida na APS de Roraima por tipo de atendimento por ano, de 2014 a 2019.



Fonte: SISAB (2014 a 2019)

Conforme ilustra o gráfico 03, os dados de Venezuelanos que realizaram procedimentos e atendimentos individuais apresentaram-se muito superiores aos dados de visita domiciliar e atendimento odontológico em todos os anos, sendo o atendimento odontológico a modalidade com menos expressividade numérica em todos os anos se comparado aos demais.

Tabela 1. Principais Condições Atendidas em consultas individuais por profissionais da APS de Roraima para população venezuelana entre anos de 2014 e 2019.

Codificação	Condições Avaliadas e Manejadas	2019	2018	2017	2016	2015	2014	Total
Campo rápido	Puericultura	4.597	1.977	538	15	0	0	7.127
CIAP Proced.(44-45,49-50)	Procedimentos prevent., medicação, prescrição e renovação	4.584	1.432	0	0	0	0	6.016
CIAP Proced.(30-43)	Exames em geral e avaliação em saúde	3.791	1.157	0	31	0	1	4.980
CIAP (R71-R83)	Infecção sistema respiratório	3.457	1.160	128	0	0	0	4.745
CID (Z00-Z13)	Pessoas em contat. c/ serv. de saúde para exam. e investigações	2.756	1.579	349	23	3	0	4.710
Campo rápido	Saúde sexual e reprodutiva	2.832	1.424	227	32	3	0	4.518
CID (J00-J06)	Infecções agudas das vias aéreas superiores	2.493	1.341	208	0	0	0	4.042
Campo rápido	Pré-natal	0	1.965	599	187	27	0	2.778
CIAP Proced.(46-48,58-63)	consulta na APS	2.124	0	0	0	0	0	2.124
CIAP (R01-R29)	Sinais e sintomas respiratórios	1.917	0	0	0	0	0	1.917
CIAP (D01-D29)	Sinais e sintomas digestivos	1.792	0	0	0	0	0	1.792
CID (J09 -J18)	Influenza (Gripe) e pneumonia	0	930	0	0	0	0	930
Campo rápido	Hipertensão arterial	0	784	134	9	0	0	927
CIAP (A01-A99)	Sinais e sintomas gerais e inespecíficos	0	0	145	0	0	0	145
CID (L00-L08)	Infecções da pele e do tecido subcutâneo	0	0	134	0	1	0	135
CID (R50-R69)	Sintomas e sinais gerais	0	0	133	0	0	0	133
Campo rápido	DST	0	0	0	8	2	0	10
Campo rápido	Saúde mental	0	0	0	7	2	0	9
CIAP (S03, 9-11,70-76,84, 95)	Infecção de pele	0	0	0	7	0	0	7
Campo rápido	Rastreamento de colo uterino	0	0	0	7	0	0	7

continua

continuação

Codificação	Condições Avaliadas e Manejadas	2019	2018	2017	2016	2015	2014	Total
Campo rápido	Obesidade	0	0	0	0	3	0	3
CID (W75-W84)	Outros riscos acidentais a respiração	0	0	0	0	2	0	2
CID (N00-N008)	Doenças glomerulares	0	0	0	0	1	0	1
CID (O00-O008)	Gravidez que termina em aborto	0	0	0	0	1	0	1

Fonte: SISAB (2014 a 2019). OBS. Os dados das colunas correspondem ao número de registros da condição manejada para população venezuelana

Quanto as principais condições atendidas durante as consultas individuais (**tabela 01**), observa-se que os dados apresentaram maior representatividade a partir de 2017. Foram identificadas 24 condições consideradas como principais devido ao maior número de registros para a população venezuelana, estas correspondem a condições habitualmente manejadas na APS brasileira e que as principais entre elas estão no campo da saúde da criança, procedimentos de prevenção, avaliação em saúde, exames e investigações, problemas respiratórios, digestivos e cuidado a gestante.

Ao analisar os dados por ano, percebe-se que de 2014 a 2016, apesar de não apresentarem dados expressivos, mostram que as condições mais registradas são diferentes daquelas nos anos de 2018 e 2019, saúde mental, IST (Dst), obesidade, infecções de pele são exemplos desta diferenciação.

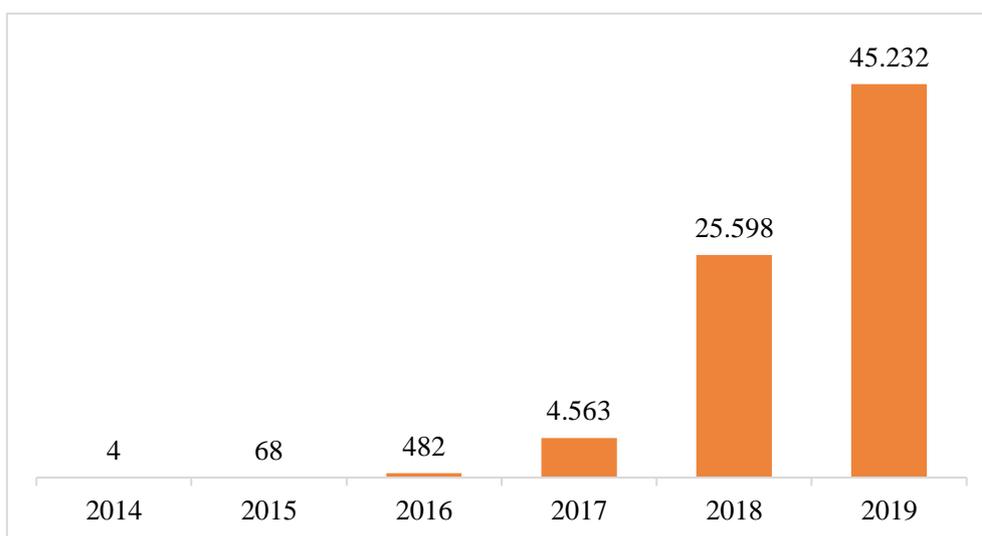
Quadro 1. Principais Condições Atendidas em consultas individuais realizadas por profissionais da APS de Roraima para população venezuelana e Brasileira entre os anos de 2014 e 2019.

VENEZUELANOS	BRASILEIROS
1 Puericultura*	1 Pessoas em contat. c/ serv. de saúde para exam. e investigações*
2 Procedimentos prevent., medicação, prescrição e renovação*	2 Puericultura*
3 Exames em geral e avaliação em saúde*	3 Saúde sexual e reprodutiva*
4 Infecção sistema respiratório*	4 Exames em geral e avaliação em saúde*
5 Pessoas em contat. c/ serv. de saúde para exam. e investigações*	5 Hipertensão arterial*
6 Saúde sexual e reprodutiva*	6 Procedimentos prevent., medicação, prescrição e renovação*
7 Infecções agudas das vias aéreas superiores*	7 Infecção sistema respiratório*
8 Pré-natal*	8 Infecções agudas das vias aéreas superiores*
9 Consulta na APS*	9 Consulta na APS*
10 Sinais e sintomas respiratórios	10 Diabetes
11 Sinais e sintomas digestivos*	11 Sinais e sintomas digestivos*
12 Influenza (Gripe) e pneumonia	12 Pré-natal*
13 Hipertensão arterial*	13 Sinais e sintomas gerais e inespecífico*
14 Sinais e sintomas gerais e inespecífico*	14 Outras doenças do aparelho urinário
15 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	15 Transtornos da vesícula, biliar, vias biliares e pâncreas
16 Sintomas e sinais gerais	16 Pessoas em contato com serviço de saúde em outras circunstâncias
17 DST	17 Transtornos não-inflamatórios do trato genital feminino
18 Saúde mental	18 Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos
19 Infecção de pele	19 Distúrbios metabólicos
20 Rastreamento de colo uterino	-
21 Obesidade	-
22 Outros riscos acidentais a respiração	-
23 Doenças glomerulares	-
24 Gravidez que termina em aborto	-

Fonte: SISAB (2014 a 2019). Para seleção das categorias foram utilizadas as mesmas métricas para ambas as nacionalidades apresentadas. Os dados em negrito correspondem a categorias semelhantes entre as nacionalidades brasileira e venezuelana

Ao analisar as principais condições atendidas para Venezuelanos e Brasileiros no mesmo período (**Quadro 01**), percebe-se que do total de categorias analisadas para cada grupo, doze categorias são iguais, verifica-se então semelhanças nas condições que os profissionais da APS manejaram para ambas as populações no período do estudo.

Gráfico 4 - População venezuelana atendida na APS de Roraima por ano, de 2014 a 2019.



Fonte: SISAB (2014 a 2019)

Ao analisar o total de venezuelanos atendidos por cada ano, percebe-se que em 2018 esse quantitativo se tornou expressivo, iniciando uma curva crescente até 2019 conforme apresentado no **gráfico 04**.

O aumento percentual de venezuelanos atendidos de 2018 em relação à 2017 foi de 461%, enquanto que de 2019 em relação à 2018 foi de 77%. Estes dados mostram um aumento significativo da presença de pessoas com nacionalidade Venezuelana entre os anos citados sendo atendidos pela APS do estado.

Ao analisar os dados de venezuelanos atendidos por município de Roraima, vê-se que ao longo dos anos todos os municípios do estado atenderam venezuelanos, os mais expressivos foram Boa Vista (a capital do estado), Pacaraima e Rorainópolis.

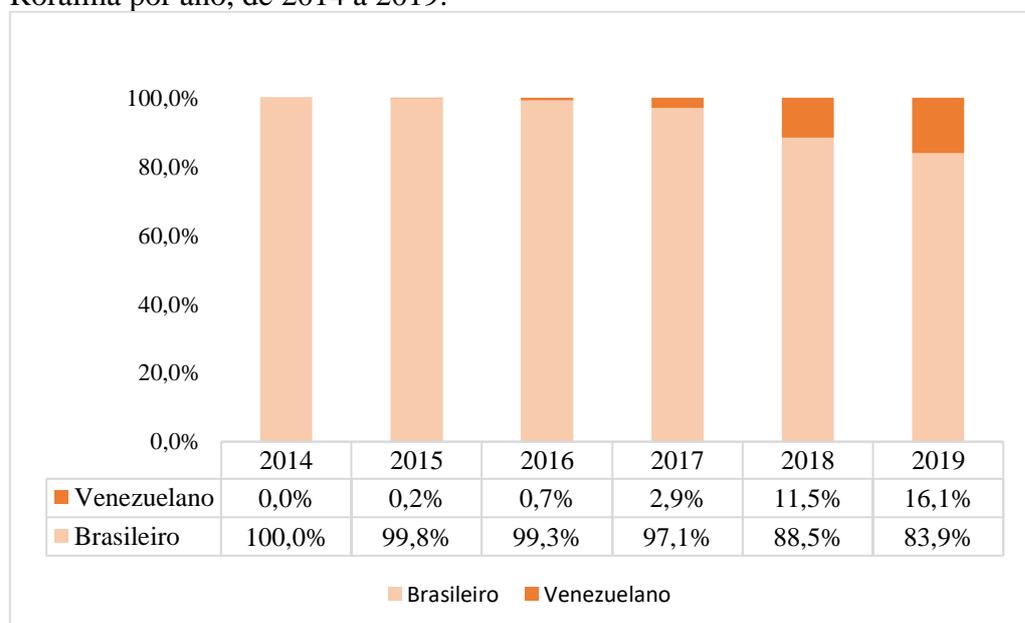
Tabela 2. População venezuelana atendida na APS de Roraima por Município e ano de atendimento, de 2014 a 2019.

Municípios	População residente	2014	2015	2016	2017	2018	2019
BOA VISTA	284.313	3	27	159	3.624	21.577	37.644
PACARAIMA	10.433	-	37	290	781	1.522	1.592
RORAINÓPOLIS	24.279	1	-	9	81	445	1.225
AMAJARI	9.327	-	1	2	54	633	649
BONFIM	10.943	-	-	5	28	395	856
CARACARAÍ	18.398	-	-	-	3	378	665
ALTO ALEGRE	16.448	-	-	2	5	199	721
MUCAJÁ	14.792	-	-	5	11	234	668
SÃO JOÃO DA BALIZA	6.769	-	-	-	3	107	539
IRACEMA	8.696	-	-	-	1	144	289
CAROEBE	8.114	-	-	-	2	67	349
UIRAMUTÃ	8.375	-	-	1	1	70	212
SÃO LUIZ	6.750	-	-	7	9	50	197
NORMANDIA	8.940	-	1	2	4	59	145
CANTÁ	13.902	-	2	1	-	39	111

Fonte: CENSO IBGE 2010 e SISAB (2014 a 2019).

Para todos os municípios houve um aumento gradual principalmente a partir de 2017 conforme demonstrado na **tabela 02**.

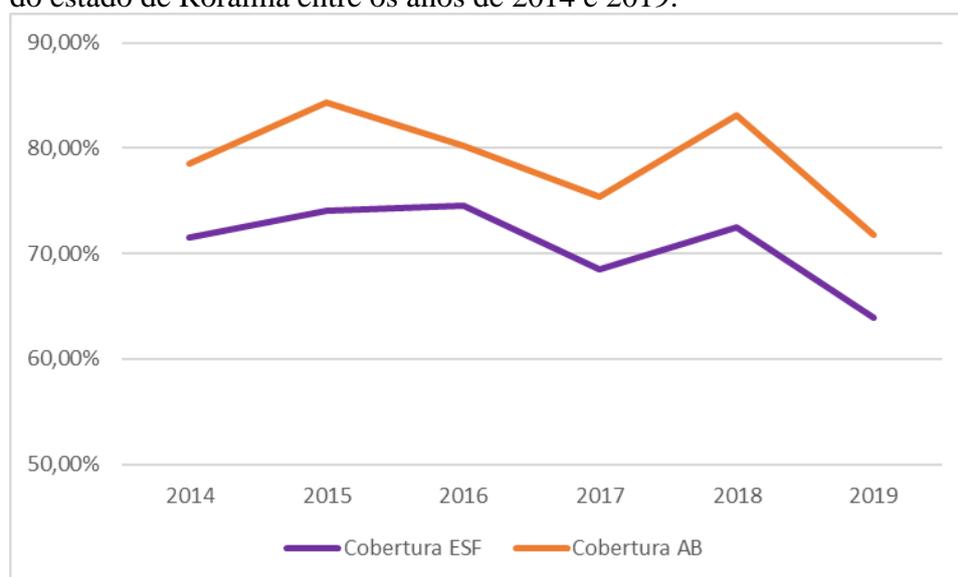
Gráfico 5. Proporção entre população brasileira e venezuelana atendida na APS de Roraima por ano, de 2014 a 2019.



Fonte: SISAB (2014 a 2019)

Quanto à proporção de Venezuelanos em relação a Brasileiros atendidos. Os dados representados no gráfico 05, mostram que a população venezuelana identificada e atendida na APS, se comparado com a população brasileira no mesmo ano correspondeu a 2,9% em 2017, chegando a 16,1% em 2019 de indivíduos identificados e atendidos.

Gráfico 6. Evolução da cobertura de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família do estado de Roraima entre os anos de 2014 e 2019.



Fonte: HISTÓRICO DE COBERTURA-E-GESTOR AB (mês de dezembro dos anos de 2014 a 2019).

O Estado de Roraima ao longo dos anos apresentou cobertura de APS com patamares entre 71% a 78%, sendo a ESF a principal forma de organização dos serviços, com cobertura entre 63 % e 71% (**gráfico 06**).

Ao analisar estes dados por município, observa-se que em todos eles exceto Boa Vista, apresentaram percentuais elevados, em torno de 90% a 100% para maioria dos anos. Boa Vista, por sua vez, apresentou uma cobertura entre 54% a 75% (**Tabela 03**).

Tabela 3. Percentual de cobertura de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família dos Municípios de Roraima entre os anos de 2014 e 2019.

MUNICÍPIOS	2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	ESF	APS										
ALTO ALEGRE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
AMAJARI	99	100	97	100	94	94	92	92	100	60	100	100
BOA VISTA	57	66	59	75	60	69	54	54	64	58	73	57
BONFIM	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CANTÁ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CARACARAÍ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
CAROEBE	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
IRACEMA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
MUCAJAÍ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
NORMANDIA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94
PACARAIMA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
RORAINÓPOLIS	79	98	100	100	100	100	99	99	99	100	100	100
SÃO JOÃO DA BALIZA	95	95	100	100	92	92	100	100	100	100	100	100
SÃO LUIZ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	88
UIRAMUTÃ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: HISTÓRICO DE COBERTURA-E-GESTOR AB (referência: último mês do ano com dado diferente de zero para os anos de 2014 a 2019).

6. DISCUSSÃO

A assistência à Saúde é um dos fatores protetores a vida do imigrante. Considera-se que promover essa assistência nos sistemas de saúde locais é um desafio no contexto de migração e refúgio, por isso esta ação tem sido fortemente estimulada (8,20,22,53).

Este estudo apontou em seus resultados, o reflexo do esforço empenhado por diversos órgãos em defesa do direito à saúde do imigrante e refugiado, ao demonstrar que é possível garantir minimamente esse direito tendo como aliado um sistema de saúde universal, apesar das dificuldades enfrentadas. De acordo com Legido-Quigley et al 2019, “não há saúde universal, se os imigrantes são excluídos” (54).

A análise de dados de venezuelanos na APS de Roraima, trouxe à tona princípios da universalidade do acesso a saúde no âmbito do sistema de saúde brasileiro (46,55) ao tempo que mostrou desafios enfrentados na APS localizada na região norte do País, marcada por um cenário social e economicamente desfavorável se comparado a outras regiões (56).

Os resultados deste estudo evidenciaram que nos anos de 2014 a 2019, cerca de 11,4% (n=64.133) dos venezuelanos que adentrou no estado, acessaram os serviços de APS. De acordo com a Polícia Federal, 560.912 venezuelanos deram entrada no Brasil por Roraima entre 2014 a 2019 (dados recebidos via LAI).

A população imigrante, principalmente os indocumentados, pode apresentar maiores vulnerabilidades em saúde por diversos fatores e associado a isso estão as dificuldades no acesso aos serviços de saúde de forma oportuna (57). Imigrantes regulares também enfrentam barreiras no acesso seja por discriminação, racismo, corrupção ou por dificuldades do processo si, o que os distanciam cada vez mais do sistema de saúde(13,58–60).

Sobre este quesito, a organização do sistema de saúde e a administração do fluxo migratório realizado pelos órgãos internacionais e nacionais é fundamental (13). No Brasil, órgãos internacionais, nacionais, agentes do governo local e federal atuaram fortemente no acolhimento aos imigrantes em Roraima e desempenharam ações características da APS tanto nas fronteiras quanto nos abrigos, apoiando o estado na fase de recebimento das pessoas e oferta de serviços. Os dados do presente estudo somados aos de órgãos internacionais fortalecem as evidências do contato dos venezuelanos com os serviços de saúde em Roraima (61–63).

Quanto a caracterização dos venezuelanos atendidos, verificou-se a predominância da população jovem em todos os anos do estudo e a presença levemente maior da população feminina. De acordo com a OBMIGRA, no Brasil, imigrantes e solicitantes de refúgio são em sua maioria homens em idade ativa, característica semelhante ao perfil do fluxo migratório venezuelano e de outras nacionalidades. (38,64–67)

Apesar da predominância masculina da imigração, estudos mostram que o fluxo venezuelano no Brasil foi plural. Crianças e mulheres também tiveram grande representação se comparado a outros fluxos no País. Este fato associado a que mulheres utilizam mais os serviços de saúde (56,68) justifica o dado deste estudo quando apresenta que, dos venezuelanos atendidos, 57,48% eram mulheres. Este dado é semelhante ao estudo de Borges et al de 2018, (67), qual apresenta que apesar do contexto migratório masculino, mulheres haitianas frequentaram mais os serviços de saúde em Mato Grosso/Brasil.

De forma mais ampla, o importante a considerar é que populações com estas características, jovem e economicamente ativa, tenham acesso a saúde. De acordo com a OIM e Legido-Quigley et al 2019 (13,54) migrantes com acesso e cuidados em saúde

disponíveis, são um impulso de desenvolvimento social e econômico para o país receptor. No entanto, percebe-se que a maioria dos desfechos desfavoráveis em saúde de imigrantes estabelecidos no país anfitrião estão associados aos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), ou seja, ao modo de vida estabelecido no país (69–71).

Estudos nacionais e internacionais referem que más condições de moradia, alimentação, educação, trabalho entre outros são uma realidade na vida dos imigrantes e refugiados, e estes impactam sobremaneira na saúde (60,69,71,72). E apesar da complexidade em atuar nesse âmbito, a APS, por sua própria conformação e organização, pode desempenhar um papel central na identificação e monitoramento das vulnerabilidades dos territórios adscritos e tem apresentado bons resultados desde sua institucionalização (41,45,73,74).

Quanto ao tipo de atendimento realizado para venezuelanos, os achados deste estudo mostram que procedimentos e atendimentos individuais foram os mais expressivos, comparativamente entre os anos 2018 e 2019, houve um aumento de 91,5% de atendimentos individuais e 130,4% na realização de procedimentos, isso significa que a população venezuelana teve um maior contato com profissionais de nível médio e nível superior na realização de procedimentos e consultas, e que a frequência com o passar dos anos aumentou, fato este importante no cuidado em saúde (41).

Em contraste com a realidade explicitada acima, no entanto, atendimento odontológico e visita domiciliar foram pouco expressivos. Para o ano de 2019, o total de pessoas atendidas em atendimentos individuais foi cinco vezes maior em relação ao atendimento odontológico e cerca de três vezes maior em relação a visita domiciliar. Esse dado corrobora com o estudo de Borges, et al de 2018 (67) qual apresenta que dos cuidados de Atenção Primária com menos expressividade entre imigrantes haitianos em Mato Grosso, esteve a saúde bucal.

A saúde bucal no Brasil ainda é um desafio, desigualdades no acesso muito se expressa entre as regiões do País. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 e 2019, a região Norte esteve entre as piores regiões em relação a acesso a esse tipo de consulta (56). E é nesse espaço geográfico que os imigrantes se concentram e tem as mesmas dificuldades que os nacionais. Segundo Viacava, et al de 2018 (74) quanto menor a renda e escolaridade, maior é o percentual de pessoas que nunca realizaram uma consulta odontológica

Quanto às visitas domiciliares, vale ressaltar que a APS em RR se organiza principalmente pela ESF (47) modelo orientado pela PNAB. A partir dessa organização, o agente comunitário de saúde (ACS), profissional essencial nas equipes, atua fortemente no estabelecimento de vínculo entre a APS e as pessoas. Diante de várias atribuições que remetem promoção e prevenção, as visitas domiciliares são atividades potenciais para o reconhecimento da realidade local (41,75).

A baixa expressividade da visita domiciliar à população venezuelana pode ser explicitada por diversos motivos e não caberá a este estudo essa investigação, no entanto cabe a reflexão que o reconhecimento do DSS, e a diminuição das disparidades no acesso aos serviços de saúde por imigrantes podem ser amenizadas pelo reconhecimento das vulnerabilidades e busca ativa durante as visitas domiciliares (76–78).

Ainda analisando aspectos clínicos dos atendimentos. Quanto às condições atendidas, o estudo apresentou que em geral, estas se assemelharam aos dos nacionais. Das condições atendidas, 12 foram semelhantes entre venezuelanos e brasileiros, e entre elas estavam hipertensão, consulta de pré-natal, puericultura entre outros demonstrados na tabela 02. Este achado difere de outros estudos quando estes apontam que a população imigrante apresenta maiores demandas em saúde e agravos mais complexos que os

nacionais, além de riscos que possam apresentar devido as dificuldades no acesso aos serviços de saúde (58,69,79,80).

Outro fator importante foi que as condições atendidas se apresentaram de modo diferente entre os anos do estudo. Nos anos iniciais, dados como de saúde mental, IST (DST), e infecções de pele foram registrados, enquanto que nos últimos anos, o acompanhamento de grupos específicos, problemas respiratórios e digestivos estiveram entre as principais condições.

Em geral, estudos apontam diferentes status de saúde e de agravos relacionados aos imigrantes (13,67,72). E fatores como fase da migração, modo de travessia, organização da acolhida no País, além de fatores individuais, interferem no estado de saúde dos mesmos (13,54) No entanto, o que é predominante e se confirma com a literatura já mencionada, é que algumas condições apresentadas no estudo, estão associadas aos DSS (69–71).

O presente estudo corrobora com outros ao evidenciar agravos associados aos DSS. Questões de saúde mental, IST, problemas digestivos e respiratórios também são citados em outros estudos sobre imigração e saúde, sendo estes fortemente associados à condição de vida das pessoas (69,72). Outros estudos também apontam que doenças como HIV, Tuberculose (TB), Hepatites (B e C) e doenças imunopreveníveis tem se apresentado de forma significativa entre os imigrantes, principalmente aqueles indocumentados (13,57,81), no entanto nos registros da APS de RR esse dado não foi evidenciado ao ponto de se estar entre as condições mais atendidas.

De acordo com a Organização Human Rigths Watch, profissionais de saúde da rede hospitalar de Roraima afirmaram que entre as necessidades apresentadas pelos venezuelanos, neste setor, estavam complicações decorrentes do HIV, TB, malária e pneumonia(81,82). Este fato explicaria o motivo de tais agravos não terem aparecido na

APS. Considera-se que outros níveis de atenção do estado também atenderam a população venezuelana e de acordo com alguns estudos, há uma tendência ou valorização de imigrantes a hospitais e outros níveis de atenção com atendimentos mais emergenciais, quando há gravidade da doença ou da necessidade (69,77,83).

Outro aspecto importante deste estudo foi a identificação de crescimento significativo de venezuelanos atendidos ao longo do tempo em estabelecimentos de APS do estado, os anos de 2018 e 2019 apresentaram valores entre 25.598 e 45.232, respectivamente, ou seja, números significativos em relação aos anos anteriores.

Para a análise do aumento de pessoas atendidas ao longo dos anos, deve-se considerar alguns fatores como o esforço e as diretivas do estado na qualificação gradual dos registros identificados, assim como a instituição da obrigatoriedade do envio de informação da APS, unicamente para o SISAB a partir de Janeiro de 2016 (84).

No entanto, segundo a OIM, para os venezuelanos que chegavam ao Brasil, foram gerados Cartões Nacionais de Saúde (CNS), junto aos documentos de identificação no País (85).

Estudos apontam que após 2014 se intensificou a chegada de venezuelanos no estado (33) e a partir de 2017 este número mais que duplicou (36) o que sugere que mais pessoas utilizariam os serviços de saúde em geral. Estes dados reforçam que apesar de fatores influenciarem os registros, a presença dos venezuelanos na APS se mostrou de fato crescente.

De modo geral, é sabido que decorrente da imigração, os serviços de saúde do estado atenderam a população de estudo. Na APS, proporcionalmente, a população venezuelana teve baixa representação em comparação aos brasileiros numa APS capilarizada no estado, no entanto apesar de todos os municípios de Roraima terem

atendido venezuelanos, o maior número se concentrou em Boa Vista, Pacaraima e Rondonópolis.

Os municípios de Boa Vista e Pacaraima são citados em estudos ao afirmarem grande concentração de venezuelanos (63,64,81). E apesar de a cobertura da maioria dos municípios e do estado apresentarem percentuais elevados, a capital Boa Vista possui a menor cobertura dentre os municípios. Pacaraima e Rondonópolis, por sua vez, são municípios pequenos, que apesar de elevada cobertura de APS, podem ser impactados com aumento da demanda.

Estudos mostram que fatores sociais e econômicos importantes marcam a região Norte do País e estas se relacionam com indicadores de saúde e baixo desempenho das estruturas de saúde (56,86,87). Por isso, associando este fato aos dados desta pesquisa que mostram o aumento considerável de venezuelanos atendidos da APS ao longo dos anos, e esta concentração ter ocorrido de modo desproporcional entre os municípios, pôde contribuir com a sobrecarga dos serviços já deficitários localmente (81).

De acordo com Organização Human rights Watch, mesmo o percentual de venezuelanos atendidos em RR seja baixo, este é capaz de agravar situações já precarizadas (81,82). Este fato é descrito em relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) em 2013, quando apresenta que os serviços de Saúde do estado de RR apresentavam dificuldades em atender sua demanda local com equidade (88).

Receber populações migrantes sempre é desafiador para qualquer País, e impactos são esperados dependendo das necessidades de saúde que apresentem e da organização e estrutura dos serviços (13,81) No âmbito da APS isso não é diferente, ao tempo que é neste local que o cuidado voltado aos DSS é possível e aplicável.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os reflexos da imigração Venezuelana na APS de Roraima foram perceptíveis em todos os municípios do estado ao se identificar a presença de venezuelanos nos estabelecimentos de saúde.

A população Venezuelana na APS foi caracterizada como jovem e feminina, cujas condições atendidas pelos profissionais de saúde se assemelharam aos dos brasileiros do estado. A pequena representação de atendimentos odontológicos, realidade em todo o Brasil e de visitas domiciliares a esta população trazem a reflexão da necessidade de análises aprofundadas sobre a qualidade do acesso e outros fatores relacionados.

A APS além de ser considerada porta de entrada dos indivíduos ao sistema de saúde brasileiro, é o local onde se tem a possibilidade de conhecer as necessidades em saúde dos indivíduos e trabalhar o fortalecimento dos Determinantes Sociais em Saúde. O fortalecimento deste nível de atenção é crucial para o alcance de bons resultados em saúde da população em geral, que também é composta por imigrantes.

O aumento da população venezuelana atendida ao longo dos anos, corrobora com o comportamento desse fluxo ocorrido no Brasil e este fator associado a concentração desproporcional dos atendimentos entre os municípios e a estabilidade da Cobertura de APS, mesmo que elevada, sugere o aumento de sobrecarga nas equipes. Apesar da baixa representação desta população se comparado aos brasileiros atendidos, a atuação da APS na região norte é marcada por desafios na estrutura dos serviços ofertados e no enfrentamento de problemas sociais e econômicos da população em geral.

Entre as potencialidades deste estudo estão a análise de dados superior a 64 mil pessoas venezuelanas que utilizaram a APS. Dados individualizados registrados em

sistemas de saúde locais potencializam investigações em saúde de populações imigrantes, além de subsidiar melhores desenhos de cenários futuros.

Outro quesito importante concentra-se na apresentação do cenário não apenas em municípios que mais receberam a população venezuelana a exemplo de Pacaraima e Boa Vista, mas em todos os municípios do estado de Roraima, proporcionando uma visão mais global dos estabelecimentos de APS espalhados pelo estado.

Quanto as limitações do estudo destacam-se a ausência de elementos que demonstrem qualidade e frequência do uso dos serviços de APS pela população venezuelana. Sabe-se que estes fatores podem demonstrar a qualidade e equidade do acesso aos serviços de saúde, elemento importante para análise da situação.

REFERÊNCIAS

1. Ventura D de FL. Saúde de migrantes e refugiados. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019. 116 p.
2. United Nations High Commissioner for Refugee. *Global trends forced displacement in 2018* [internet]. Genebra, Suíça; 2019 [acesso em 30 dez 2019]. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/>.
3. Gutierrez F. *Número de venezuelanos fora do País deve chegar a 5 milhões em 2019* [internet]. [acesso em 28 dez 2019]. Disponível em : <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2019/06/26/numero-de-venezuelanos-fora-do-pais-deve-chegar-a-5-milhoes.ghtml>
4. Organização das Nações Unidas: situação de índios venezuelanos no Brasil é “trágica.” Filippo Grandi, da Acnur, alerta para dificuldade de integração e situação precária de vida dos indígenas [internet]. *Revista Veja*. [acesso em 20 Nov 2019]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/mundo/onu-situacao-de-indios-venezuelanos-no-brasil-e-tragica/>
5. United Nations High Commissioner for Refugee. A Agência da ONU para Refugiados (ACNUR). *Dados sobre refúgio no Brasil*. Agência da ONU para Refugiados, 2019. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/dados-sobre-refugio-no-brasil/>.
6. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers’ lens. *BMC Health Serv Res*. setembro de 2015;15:390.
7. Pottie K, Batista R, Mayhew M, Mota L, Grant K. Improving delivery of primary care for vulnerable migrants: Delphi consensus to prioritize innovative practice strategies. *Can Fam Physician*. 2014;60(1):32–40.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. *Saúde nas Américas*. Resumo do Panorama regional e perfil do Brasil. Washington, D.C.: OPAS, 2017.
9. United Nations High Commissioner for Refugee. (ACNUR) Migrações, refugio e apátrida : Guia para comunicadores. 1º edição, 2019
10. Ventura M. Immigration, global health, and human rights. *Cadernos de saude publica [internet]* .29 marc 2018.Vol. 34,. Brazil; 2018.
11. United Nations High Commissioner for Refugee. (ACNUR) *Refugiados*. [Acesso em : Set 2019]. Disponível em : <https://www.acnur.org/portugues/quem-ajudamos/refugiados/>.
12. _____ *Global trends forced displacement in 2015* [internet]. 2015 [acesso em Set 2019]. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/unhcrsharedmedia/2016/2016-06-20-global-trends/2016-06-14-Global-Trends-2015.pdf>

13. International Organization for Migration (IOM). World Migration Report 2020.; [internet]. 2020. [acesso em Set 2019]. Disponível em: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf
14. United Nations High Commissioner for Refugee. (ACNUR). *Dados sobre Refúgio*. 2019. [Acesso em set 2019]. Disponível em : <https://www.acnur.org/portugues/dados-sobre-refugio/>.
15. Jubilut LL. *O Direito internacional dos refugiados e sua aplicação no orçamento jurídico brasileiro*. São Paulo; Ed. Método; 2007.
16. Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) Brasil. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. [Internet]. Disponível em : <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>.
17. United Nations High Commissioner for Refugee. (ACNUR). *Covenção relativa ao estatuto dos refugiados*. 1951. [Internet]. [Acesso em Out.2020]. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BDL/Convencao_relativa_ao_Estatuto_dos_Refugiados.pdf.
18. United Nations High Commissioner for Refugee. (ACNUR). Protocolo de 1967 relativo ao Estatuto dos refugiados. 1967. [Internet]. [Acesso em Out.2020]. Disponível em : https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Protocolo_de_1967.pdf.
19. Almeida, AJ; Minchola, LAB. O “espírito de Cartagena” e a política brasileira de refugiados. *Revista Perspectiva: reflexões sobre a temática internacional*, Rio Grande do Sul, p. 123-142, 2018
20. United Nations High Commissioner for Refugee. (ACNUR). Assembly TG, Representatives H. New York Declaration for Refugees and Migrants. *Int J Refug Law*. 2016;28(4):704–32.
21. Organização das Nações Unidas.(ONU) Pacto Global sobre os refugiados: Em que aspecto é diferente do pacto dos migrantes e como ajuda as pessoas forçadas a fugir?. *ONU NEWS Reportagens Humanas*. [Internet]. [Acesso em Out.2020]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2018/12/1652121>.
22. United Nations (UN). Draft outcome Document of the Conference. Intergovernmental Conference on the Global Compact for Migration. 2018; [Internet]. [Acesso em Out.2020]. Disponível em: <https://undocs.org/A/CONF.231/3>.
23. _____. Rumo ao Pacto Global para os refugiados: Fórum Global sobre refugiados. [Acesso em Out 2020]. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/rumo-a-um-pacto-global-sobre-refugiados/>
24. _____. Comprehensive Refugee Response Framework. [Internet]. [Acesso em Out.2020]. Disponível em: <https://www.unhcr.org/comprehensive-refugee-response-framework-crrf.html>.

25. Assembléia Geral das nações Unidas. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Assembléia Geral das nações Unidas. 1966.[Internet]. Acesso em Out.2020.Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/pacto_internacional.pdf.
26. _____ Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos..1966.[Internet].Acesso em Dez.2020. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Sistema-Global.-Declara%C3%A7%C3%B5es-e-Tratados-Internacionais-de-Prote%C3%A7%C3%A3o/pacto-internacional-dos-direitos-civis-e-politicos.html>
27. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 8 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2008.
28. Brasil. Decreto-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.* [Internet]. Brasília 22 de julho de 1997. [Acesso em dez.2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19474.htm.
29. Avila CFD. O Brasil diante da dinâmica migratória intra-regional vigente na América Latina e Caribe: tendências, perspectivas e oportunidades em uma nova era. *Revista brasileira de política internacional* [Internet]. 2007.].
30. Ministério da Justiça (BR), *Solicitações de reconhecimento da situação de refugiados*. Brasília: Ministério da Justiça, 2019.
31. Fronteira Brasil eVenezuela. In :Wikipédia, a enciclopédia Livre.[acesso em set 2019]. Disponível em https://pt.wikipedia.org/wiki/Fronteira_Brasil%E2%80%93Venezuela.
32. Sabana G, Bol E. Processos de deslocamentos internacionais no Brasil e na Venezuela. *Estud Avançados*.2006;20(57):197–207.
33. United Nations High Commissioner for Refugee. (ACNUR). Venezuela.[acesso em out 2019]. Disponível em : <https://www.acnur.org/portugues/venezuela/>.
34. Lander E. La larga crisis terminal del modelo rentista petrolero venezolano y la profunda crisis que actualmente enfrenta el país. *Investig.soc.* [Internet]. 5 de febrero de 2018 [citado 20 de agosto de 2021];21(38):187-98. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/14225>.
35. Camargo D. A., Hermany R. Migração venezuelana e poder local em Roraima. *Revista de Estudos Jurídicos UNESP.* [Internet]. 2018 [acesso 2020 Ago. 01]; 22 (35): 229-251. Disponível em: <https://ojs.franca.unesp.br/index.php/estudosjuridicosunesp/article/view/2608/2352>
36. Aguiar F. Polícia Federal atualiza números da migração de venezuelanos em RR. Casa civil Central de conteúdos. 17 de out 2018 [acesso em 01 de ago de 2020]. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt->

br/assuntos/noticias/2018/outubro/policia-federal-atualiza-numeros-da-migracao-de-venezuelanos-em-rr

37. Coordination Plattform for Refugges and Migrants. *Regional and Migrant Response Plan for Migrants from Venezuela*. December 2019. Disponível em : <<https://adra.org/wp-content/uploads/2018/11/ADRA-2017-Annual-Report.pdf>>.
38. 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.
39. Waldenström J, Hersch J, Barber B, Burgen A, Berry CA, Arrow KJ, et al. *The Right to Health*. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. 1972.
40. Brasil. Decreto-Lei Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. *Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências*. [Internet]. Brasília, 28 de junho de 2011.[Acesso em dez.2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. [Internet].Brasília.[Acesso em dez.2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
42. Declaração de Alma-Ata.URSS, 6-12 de setembro de 1978. [Internet]. [Acesso em dez.2020]. Disponível em: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>.
43. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2002.Brasília: Editora brasileira UNESCO; 2002.
44. Fachinni LA. Entrevista.Luiz Augusto Fachinni: “ A declaração de Alma-Ata se revestiu de uma relevância muito importante em vários contextos. 2018;[Internet].Acesso em janeiro 2021].Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios>.
45. Paim J, Travassos C, Almeida C et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377: 1778–97.
46. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
47. Brasil. Ministério da Saúde. *Histórico de Cobertura da Saúde da Família*: E-gestor AB.Departamento de Atenção Básica. Brasília,2020.[Acesso em fev.2021].Disponível

em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.

48. Sousa MF de, Prado EA de J, Leles FAG, Andrade NF de, Marzola RF, Barros FPC de, et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. *Saúde em Debate*. 2019;43(spe5):82–93.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Relatório de Cadastros na APS*. Sist Informação em Saúde para Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2020. Acesso em Fev.2021]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/ acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>.

50. Figueira Maura Cristiane e Silva, Silva Wellington Pereira da SEM. Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;Maio [citado 2020 Out 25]; 71(3): 1178-1188. :

51. Almeida Filho N de, Barreto ML. *Desenhos de pesquisa em epidemiologia* [Internet]. *Epidemiologia & Saúde*. Fundamentos, métodos, aplicação. 2000. p. 165–74.[Acesso em Març.2020]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/366215/mod_resource/content/1/DesenhosPesquisaEpidemioNaomarMauricio.pdf.

52. Bastos JLD, Duquia RP. Erratum para: *Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: Estudo transversal* [volume 17, número 4]. *Scientia Medica* (Porto Alegre). 2013;23(2):229–32.

53. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2003;12(4):189–201.

54. Legido-Quigley H, Prof NP, Tan ST, Pajin L, Suphanchaimat R, Wickramage K, et al. Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. *BMJ*. 2019;366.

55. Brasil. Decreto-Lei nº 13.445 de 27 de maio de 2017. *Institui a Lei de Migração*. [Internet]. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113445.htm#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Lei%20disp%C3%B5e%20sobre,pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20para%20o%20emigrante.

56. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde [Internet].. 2020. 31–33 p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>

57. Bueno AD, García-Altés AG, Vela E, Clèries M, Pérez CV, Argimon JM. Frequency of health-care service use and severity of illness in undocumented migrants in Catalonia, Spain: a population-based, cross-sectional study. *Lancet Planetary Health* [Internet]. 2021;5(5):e286–96. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1016/S2542->

[5196\(21\)00036-X](#)

58. Araújo TN, Pessalacia JDR, Balderrama P, Ribeiro AA, Dos Santos FR. Atenção à saúde de imigrantes haitianos em diferentes países na atualidade: revisão integrativa de literatura. *Revista Eletrônica Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*. 2021;15(1):249–67. DOI: 10.29397/reciis.v15i1.2082.

59. Loganathan T, Rui D, Ng CW, Pocock NS. Breaking down the barriers: Understanding migrant workers' access to healthcare in Malaysia. *PLoS One*. 2019;14(7):1–25. DOI: 10.1371/journal.pone.0218669.

60. Martin D, Goldberg A, Silveira C. Immigration, refuge and health: Sociocultural analysis in perspective. *Saude e Sociedade*. 2018;27(1):26–36. DOI: 10.1590/s0104-12902018170870.

61. Migration trends in the América. 2018;(September).[Internet].[Acesso em abr.2021].Disponível em:
https://robuenosaires.iom.int/sites/robuenosaires/files/Informes/Tendencias_Migratorias_Nacionales_en_Americas_Venezuela_EN_Mayo_2019_baja.pdf

62. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução N° 4 de 02 de maio de 2018. Institui o Subcomitê Federal para Ações de Saúde aos Imigrantes que se Encontram no Estado de Roraima, em decorrência de fluxo migratório provocado por crise humanitária na República Bolivariana da Venezuela.[Internet].Disponível em:
https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/12714206/do1-2018-05-03-resolucao-n-4-de-2-de-maio-de-2018-12714202

63. Baeninger R, Carlos J, Silva J, Von Zuben C, Parise P, Carlos J, et al. *Migrações Venezuelanas*. 2018; Campinas, SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2018. 400 p. ISBN 978.85.88258.50-1.

64. Rocha GDV, Ribeiro NVP. Fluxo migratório venezuelano no Brasil: análise e estratégias. *Revista Jurídica da Presidência*. 2018;20(122):541. DOI:
<https://doi.org/10.20499/2236-3645.RJP2018v20e122-1820>.

65. Polícia Federal. MJSP. *Imigração Venezuela/Brasil*.Relatório de Tráfego Imigratório.[Internet].[Acesso em março de 2021]. Disponível em:
<https://www.gov.br/acolhida/transparencia/>.

66. Observatório das Migrações Internacionais. *Relatório Anual 2020 - resumo executivo*. 2020[Internet].[Acesso em março de 2021]. Disponível em:
<https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/relatorio-anual/2020/Resumo%20Executivo%20Relat%C3%B3rio%20Anual.pdf>.

67. Borges FT, Muraro AP, da Costa Leão LH, de Andrade Carvalho L, Siqueira CEG. Socioeconomic and Health Profile of Haitian Immigrants in a Brazilian Amazon State. *Journal of Immigrants and Minority Health* [Internet]. 2018; 20(6):1373–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-018-0694-9>.

68. Guibu IA, de Moraes JC, Junior AAG, Costa EA, Acurcio F de A, Costa KS, et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Revista de Saude Publica*. 2017;51:1s-13s. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007070.
69. Granada D, Carreno I, Ramos N, Ramos MCP. Discutir Saúde e Imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Revista Interface (Botucatu)*. 2017;21(61):285-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0626>.
70. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young MEDT, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*. 2015;36:375–92. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182419.
71. Leão LH da C, Muraro AP, Palos CC, Martins MAC, Borges FT. Migração internacional, saúde e trabalho: Uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(7):1–7.
72. Chang CD. Social Determinants of Health and Health Disparities Among Immigrants and their Children. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2019;49(1):23–30.
73. Broch D, Riquinho DL, Vieira LB, Ramos AR, Gasparin VA. Determinantes sociais de saúde e o trabalho do agente comunitário. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2020;54:e03558.
74. Viacava F, De Oliveira RAD, Carvalho C de C, Laguardia J, Bellido JG. SUS: Supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(6):1751–62.
75. Barros FPC de, Lopes J de S, Mendonça AVM, Sousa MF de. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde em Debate* [Internet]. 2016;40(110):264–71. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611020>.
76. Losco LN, Gemma SFB. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. *Interface - Comunicação Saúde, Educação*. 2019;23:1–13. DOI: 10.1590/interface.180589.
77. Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saude e Soc*. 2013;22(2):59–72.
78. Aguiar ME, Mota A. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: A comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. *Interface Commun Heal Educ*. 2014;18(50):117–20.
79. Santos FV. A Inclusão dos imigrantes internacionais nas políticas de Saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, abr.-jun. 2016, p.477-494. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000200008>.
80. Dauvrin M, Lorant V. Leadership and cultural competence of healthcare professionals. *Nursing Reseach*. 2015;64(3):200–10. DOI:

10.1097/NNR.0000000000000092.

81. Oliveira MM, Dias MGS(Org). Interfaces da Mobilidade Humana na Fronteira Amazônica v. 2. Boa Vista :Editora da UFRR, 2020. ISBN: 978-65-86062-51-9.

82. Wash United. Human Rigths. *Venezuela: Crise Humanitária alastra-se para o Brasil*. Necessidade urgente de uma resposta regional [Internet]. 2020. [Acesso em janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.hrw.org/pt/news/2017/04/18/302345#>.

83. Llop-Girones A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, Aller M-B, Vazquez Navarrete ML. Immigrants' access to health care in Spain: a review. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88(6):715–34. DOI: 10.4321/s1135-57272014000600005.

84. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.113, de 31 de julho de 2015. *Altera o § 3º do art. 3º da Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)*. [Internet] 2012. [Acesso em maio de 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1113_31_07_2015.html.

85. Brasil. Agência das Nações Unidas para Migração. *Monitoramento do fluxo da população Warao* [Internet]. 2020. Casa civil Central de Conteúdos. [Acesso em maio de 2021]. Disponível em:

<https://displacement.iom.int/system/tdf/reports/DTM%20Maranhao%20-%20Marco%202020.pdf?file=1&type=node&id=9863>

86. Uchimura LYT, Felisberto E, Fusaro ER, Ferreira MP, Viana ALDÁ. Avaliação de desempenho das regiões de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*. 2017;17:S259–70. DOI: 10.1590/1806-9304201700s100012.

87. Dantas MNP, de Souza DLB, de Souza AMG, Aiquoc KM, de Souza TA, Barbosa IR. Factors associated with poor access to health services in Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2021;24:1–13. DOI: 10.1590/1980-549720210004.

88. Tribunal de Contas da União. Resolução N° 268, de 04 de março de 2015. [Acesso em maio de 2021]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br> .