



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - PROCISA

LINCOLN COSTA VALENÇA

**A MIGRAÇÃO VENEZUELANA E A GESTÃO DA SAÚDE NA ZONA
DE FRONTEIRA BRASIL/VENEZUELA NOS ANOS DE 2017 E 2018**

Boa Vista, RR
2019

LINCOLN COSTA VALENÇA

**A MIGRAÇÃO VENEZUELANA E A GESTÃO DA SAÚDE NA ZONA
DE FRONTEIRA BRASIL/VENEZUELA NOS ANOS DE 2017 E 2018**

Dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Saúde e Diversidade Sociocultural na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antonio Pellegrini.

Boa Vista, RR
2019

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Área de concentração: Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde, defendida perante a Banca Avaliadora abaixo, com o objetivo de obter o Título de Mestre.

LINCOLN COSTA VALENÇA

Prof. Dr. Marcos Antonio Pellegrini
Presidente/Orientador

Prof. Dr. Calvino Camargo
Membro Titular Interno

Prof. Dr. Ananias Noronha Filho
Membro Titular Externo

Aprovada em: 10 de dezembro de 2019

Dedico à minha mãe Mauricéa e ao meu filho Eron.

AGRADECIMENTOS

Ao Universo pela oportunidade de viver esse processo, ao professor Marcos Antônio Pellegrini, pelo aprendizado e a minha esposa Ândria e ao meu filho João Miguel, pela força para seguir. Amo vocês. Muito obrigado!

RESUMO

A proposta desta dissertação é compreender os desafios da gestão em saúde em zonas de fronteiras, fazendo uma comunicação entre os direitos sociais, políticos e econômicos que exemplificam a construção da utilização dos serviços de saúde por estrangeiros, por meio dos acordos bilaterais, principalmente entre o Brasil e a Venezuela. Para tanto, analisar as ações dos Gestores do SUS sobre a saúde na Fronteira do extremo Norte do Brasil; bem como, caracterizar as demandas dos atendimentos de venezuelanos nas unidades de saúde de Roraima entre nos anos de 2017 e 2018; e compreender as atividades de formação dos gestores em Roraima a partir dos relatórios da Rede Colaborativa do COSEMS/RR. O debate acerca da relação entre a migração venezuelana, principalmente entre os anos de 2017 e 2018, e a gestão da saúde em Roraima torna-se necessário pela urgência das ações diante do contexto de aumento da demanda e da falta de recurso. As ações dos gestores do SUS são analisadas, como também são identificados os atendimentos de venezuelanos nas unidades de saúde de Roraima. O trabalho analisou, com destaque para as respostas dos problemas percebidos pela migração, as atividades de formação dos gestores em Roraima a partir dos relatórios da Rede Colaborativa do COSEMS/RR. A abordagem da pesquisa foi qualitativa, com uso da técnica da observação participante e os dados foram coletados em documentos oficiais, notícias jornalísticas e em pesquisas científicas já realizadas na área. Deste modo, foi observado que o aumento dos atendimentos em saúde acompanhou o crescimento da migração venezuelana, no entanto, sem o aumento proporcional dos recursos financeiros; existe necessidade de melhores formas de escolha dos gestores em saúde e mais capacitações para os mesmos.

Palavras-Chave: Imigrantes. Gestores Públicos. Políticas Públicas de Saúde. Saúde dos refugiados. Fronteiras.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to understand the challenges of health management in border areas, making a communication between social, political and economic rights that exemplify the construction of the use of health services by foreigners, through bilateral agreements, mainly between the Brazil and Venezuela. To do so, analyze the actions of SUS Managers on health in the border of the extreme North of Brazil; as well as to characterize the demands of the care of Venezuelans in the health units of Roraima between the years 2017 and 2018; and understand the training activities of managers in Roraima from the reports of the COSEMS / RR Collaborative Network. The debate about the relationship between Venezuelan migration, especially between the years 2017 and 2018, and health management in Roraima is necessary mainly due to the urgency of actions in the context of increased demand and lack of resources. The actions of SUS managers are analyzed, as well as the care of Venezuelans in the health units in Roraima. The work analyzed, with emphasis on the answers to the problems perceived by migration, the training activities of managers in Roraima based on the reports of the COSEMS / RR Collaborative Network. The research approach was qualitative, using the technique of participant observation and the data were collected in official documents, journalistic news and in scientific research already carried out in the area. Thus, it was observed that the increase in health care has accompanied the growth of Venezuelan migration, however, without the proportional increase in financial resources; exist need for better ways of choosing health managers and more training for them.

Keywords: Immigrants. Public Managers. Public Health Policies. Refugee health. Borders.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia
Cepcom - Centro de Prevenção do Câncer de Colo e Mama
Cernutri – Centro de Recuperação Infantil
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIR – Comissões Intergestoras Regionais
CGVS – Coordenação Geral de Vigilância em Saúde
CONARE – Conselho Nacional de Refugiados
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNMP – Conselho Nacional dos Ministérios Públicos
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CRM – Conselho Regional de Medicina
COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami
EP – Educação Permanente
EPS – Educação Permanente em Saúde
FBV – Jornal Folha de Boa Vista
GTDF – Grupo de Trabalho sobre Desenvolvimento Fronteiriço
HDOT – Hospital Délio de Oliveira Tupinambá
HIV – Imunodeficiência Humana
HGR – Hospital Geral de Roraima
IAEPI – Atenção Especializada aos Povos Indígenas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST – Infecções sexualmente transmissíveis
LACEN – Laboratório Central
MERCOSUL – Mercado Comum do Sul
MS – Ministério da Saúde

NEMS – Núcleo Estadual do Ministério da Saúde
OPAS – Organização Pan Americanas de Saúde
PDFF – Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira
RAG – Relatório de Gestão
SAME – Sala de Situação em Emergência
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS – Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SESAU – Secretaria Estadual de Saúde
SINCOV – Portal de Convênios
SIS FRONTEIRAS – Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SISPACTO – Sistema de Pactuação pela Saúde
SNVS – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SRC – Síndrome da Rubéola Congênita
STSF – Subgrupo de Trabalho sobre Saúde na Fronteira
SUS – Sistema Único de Saúde
TCA – Tratado de Cooperação Amazônica
UBS – Unidade Básica de Saúde
UF – Unidade da Federação
UNHCR – Agência da ONU para Refugiados
VE – Vigilância Epidemiológica
VIGISUS – Sistema de Vigilância em Saúde do SUS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Classificação dos casos notificados, confirmados e em investigação de sarampo.....	46
Figura 2 – Casos confirmados de sarampo no Brasil.	48
Figura 3 – Atendimentos a venezuelanos entre 2014 e 2017	51
Figura 4 – Comparativo e percentual dos atendimentos a imigrantes venezuelanos em relação aos atendimentos gerais em Boa Vista.....	51
Figura 5 – Comparativo dos atendimentos a imigrantes venezuelanos e o atendimento geral para os municípios do interior do estado de Roraima, 2015 a 2017	52
Figura 6 – Comparativo dos atendimentos de venezuelanos e atendimento geral para os municípios do interior do estado de Roraima 2017	53
Figura 7– Atendimentos a venezuelanos nos hospitais e unidades básicas de saúde do estado de Roraima, 2017	54
Figura 8 – Atendimentos a imigrantes venezuelanos nas unidades básicas de saúde do interior e de Boa Vista	55
Figura 9 – Atendimentos a imigrantes venezuelanos nos hospitais do interior e de Boa Vista em 2017	55
Figura 10 – Comparativo dos atendimentos a imigrantes na capital Boa Vista e nos municípios do interior do Estado, janeiro a março, 2018	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Atendimentos a imigrantes por município e unidades de saúde, Roraima	58
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1. SAÚDE E FRONTEIRAS	22
1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS, REFUGIADOS E FRONTEIRAS.....	24
1.2 SIS-FRONTEIRAS	30
1.3 FRONTEIRAS E DESIGUALDADES EM SAÚDE	32
1.4 GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: O SUS EM RORAIMA	35
2 EVENTOS CRÍTICOS NA ÁREA DE GESTÃO EM SAÚDE E OS ATENDIMENTOS A VENEZUELANOS	43
3. GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA EM RORAIMA	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
ANEXO I.....	77
REFERÊNCIAS	78

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa buscou compreender os desafios da gestão em saúde em zonas de fronteiras, fazendo uma comunicação entre os direitos sociais, políticos e econômicos que exemplificam a construção da utilização dos serviços de saúde por estrangeiros, por meio dos acordos bilaterais, construídos entre o Brasil e os países limítrofes. Neste caso, estudaremos a fronteira Brasil-Venezuela, no extremo norte do Brasil. Assim, colocam-se três eixos de análise sobre a relação entre direitos e territórios: campo geoeconômico, político-administrativo e sócio-jurídico, elencando assim, a necessidade de pesquisar as estratégias a partir de experiências concretas.

O Sistema Único de Saúde (SUS), em particular o acesso, sempre foi uma fonte de interesse para pesquisas científicas, gerando uma série de questionamentos, em especial quando o acesso ao Sistema acontece nas zonas fronteiriças. Durante a minha trajetória Profissional, nos últimos 12 anos, dediquei meus esforços na perspectiva de colaborar com a garantia dos princípios norteadores dos SUS, os quais, ao longo da pesquisa, funcionaram como um eixo universal. Isto porque, pelo fato da intensa imigração observada nos últimos anos em Roraima, principalmente de venezuelanos, as atenções são voltadas para os atendimentos na área de saúde, principalmente em razão do alargamento da demanda.

Os gestores em saúde frente à situação migratória ampliam suas responsabilidades, visto a necessidade de conhecimentos específicos para aplicação adequada dos recursos, que se tornam insuficientes, em razão do aumento do número de pessoas que precisam dos serviços de saúde em Pacaraima ou em Boa Vista, em razão de serem os principais municípios a receberem imigrantes.

Em pesquisas iniciais que realizei, juntamente com a experiência que tenho vivido no trabalho junto aos Secretários Municipais de Saúde do Estado de Roraima, como apoiador da Rede Colaborativa do CONASEMS (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde) no Estado de Roraima, considero que, embora exista literatura, o acesso ao SUS no Brasil em zonas de

fronteiras é pouco pesquisado. Portanto, me propus a desenvolver essa investigação para minha Dissertação.

Neste sentido, a pesquisa discute os conceitos de fronteira e relaciona-os à saúde; aponta algumas definições de políticas públicas e especifica aquelas voltadas à saúde; aprofunda entendimentos sobre os diversos instrumentos para a gestão em saúde no Brasil e, no caso, em regiões fronteiriças; expõe acerca de eventos críticos que estão relacionados à gestão da saúde pública em Roraima e analisa a atuação dos apoiadores do Projeto Formação Rede Colaborativa para fortalecimento da Gestão Municipal do SUS.

Diante de tais direcionamentos, me vejo nessa pesquisa no lugar do observador participante, pois meu espaço de trabalho me projeta para essa condição e me proponho a colaborar com a Rede SUS na Zona de Fronteira. Esclarecer o que me levou ao desenvolvimento deste estudo sobre Saúde e realidade da fronteira amazônica, mais especificamente sobre Gestão do SUS, implicou em retratar parte da minha história profissional. Portanto, em João Pessoa, iniciei o trabalho como gestor territorial do SUS, sendo responsável por algumas equipes de Saúde da Família, que foram premiadas, a partir de uma pesquisa desenvolvida pela UFSC com o tema “As melhores Práticas”¹. Logo depois, migrei para outras atividades como parte da equipe de Gestão da Escola do Governo da Paraíba que trabalhava a Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, outros desafios foram surgindo e assumi inicialmente a coordenação das etapas de acolhimento do Programa Mais Médicos para o Brasil, que aconteceram em Pernambuco e depois caminhei tendo como norte colaborar com a qualidade do serviço prestado pelo SUS.

No período da pesquisa, na minha observação participante, como apoiador da Rede Colaborativa do CONASEMS, trabalhei diretamente com todos os Gestores Municipais de Saúde do Estado de Roraima, desenvolvendo minhas atividades no COSEMS-RR (Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de Roraima). Nesse lugar, meu papel foi o de colaborar com o fortalecimento das gestões municipais do SUS e, não obstante, colaborar com

¹ O MS escolheu cinco municípios brasileiros com as melhores práticas de gestão da atenção primária. A unidade em que o pesquisador atuava como gestor, em João Pessoa, foi uma das escolhidas.

as tomadas de decisão dos Secretários Municipais de Saúde na perspectiva do desenvolvimento de um SUS cada vez mais potente e regionalizado. Assim, nessa pesquisa me enquadro no lugar de Participante Observador, pois não tenho autonomia nas tomadas de decisões, mesmo participando delas.

A experiência dessa pesquisa e desse lugar de trabalho trouxe o reconhecimento da importância de avaliar o quanto de avanço é perdido quando o Gestor Municipal não tem clareza do seu papel ou da responsabilidade sanitária que esse lugar carrega. Neste sentido, é necessário dizer que todas as vezes que falamos dos deveres da saúde sempre pensamos em tratar das pessoas doentes, seja no público ou no privado, assim, apagamos o principal papel da saúde que é impedir que as pessoas fiquem doentes.

Para além disso, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu garantias fundamentais a todo cidadão – brasileiros ou residentes – institucionalizando seus direitos. E é nela onde se encontra a base do sistema de saúde do Brasil, no Título VIII da Ordem Social que integra conceitualmente, sob a denominação de Seguridade Social, o conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, como expresso no art. 194 (BRASIL, 1988). Como Ulysses Guimarães lembrou em seu discurso, “o Brasil é o quinto país a implantar o instituto moderno da seguridade, com a integração de ações relativas à saúde, à previdência e à assistência social, assim como a universalidade dos benefícios para os que contribuam ou não (...)” (GUIMARÃES, 1988, p. 14.380).

De acordo com a literatura científica encontrada nas últimas décadas do século XX e início do século XXI existe uma preocupação crescente de antropólogos e sociólogos em olhar as microrrelações das populações locais nas zonas de encontro entre dois ou mais países. Assim, há a possibilidade de articulação entre a esfera local, regional, nacional e transnacional nos espaços fronteiriços, além de perceber a dinâmica das pessoas e das representações sobre o “outro”.

Os amplos deslocamentos e circulação de pessoas nos territórios fronteiriços possibilitam novas reflexões sobre a polissemia de sentido do termo “fronteira”. Assim, coloquei-me à disposição para investigar a atitude dos gestores quanto às ações de gestão o SUS, em relação aos venezuelanos que

migraram e migram para os territórios fronteiriços próximos ao limite internacional Brasil-Venezuela. O desafio é pensar na dinâmica das fronteiras em movimento em um espaço fronteiriço de forte presença de venezuelanos-brasileiros e seus descendentes. A fronteira entre os dois países gera altos fluxos e vem produzindo diversas barreiras que se entrelaçam e redefinem o que de fato são os limites nacionais. Com isso, são criados conjuntos de eventos críticos que marcam a relação entre os dois países, principalmente nas questões relacionadas ao atendimento da saúde, enquanto política pública ofertada a todos, independente de nacionalidade.

Diante de tal exposição, o acesso de estrangeiros aos SUS na região de fronteira torna-se um tema com relevância social para ser estudado e discutido com gestores e profissionais da saúde dessa região. Nesta direção tem-se como questão norteadora da pesquisa: o aumento da demanda de imigrantes ocasionou a realização de ações diferenciadas por parte dos Gestores da saúde?

No processo de construção da pesquisa foram definidos os objetivos e apontada a pergunta de pesquisa, que serviu como norteadora dos caminhos que foram trilhados pelo pesquisador. Além disso, são indicadas as ações, enquanto políticas e eventos críticos, da gestão em saúde, em relação ao acesso de estrangeiros aos serviços do SUS na zona de fronteira Brasil/Venezuela nos anos de 2017 e 2018.

A pesquisa tem como objetivo geral: descrever as ações, enquanto políticas da gestão em saúde, em relação ao acesso de estrangeiros aos serviços do SUS na zona de fronteira Brasil/Venezuela nos anos de 2017 e 2018. Para tanto, são apontados como objetivos específicos: 1. Analisar as ações dos Gestores do SUS sobre a saúde na Fronteira do extremo Norte do Brasil; 2. Caracterizar as demandas dos atendimentos de venezuelanos nas unidades de saúde de Roraima e os eventos críticos que impactaram a gestão da saúde, entre os anos de 2017 e 2018; e 3. Descrever as atividades de formação dos gestores em Roraima a partir dos relatórios da Rede Colaborativa do COSEMS/RR.

A pesquisa pôde estar bem próxima aos gestores da saúde, em especial aos secretários municipais e dos gestores da saúde no Estado, por meio dos

documentos oficiais o trabalho de pesquisa voltou-se também às atividades desenvolvidas pelo observador participante. Isto porque o pesquisador esteve inserido no projeto “Rede colaborativa para fortalecimento da gestão municipal do SUS”, no papel de apoiador. Tal projeto é gerido através de uma associação entre o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e o Ministério da Saúde. Foi desenvolvido com o objetivo de ampliar a capacidade de atuação dos gestores municipais e dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) no âmbito regional e no enfrentamento de questões do cotidiano de uma Secretaria Municipal de Saúde de modo a fortalecer a gestão do SUS. Trata-se de um projeto nacional onde foram escolhidos 26 coordenadores e selecionados 160 apoiadores para atuação nas regiões de saúde, que deviam utilizar a educação permanente como ferramenta para troca de experiências entre gestores e aprendizado na prática (formação-ação), o que significa dizer que a matéria prima de condução do projeto e da formação dos gestores são as questões trazidas por eles do cotidiano da gestão do SUS.

Os resultados alcançados pelo estudo aqui apresentado referem-se a uma pesquisa de natureza qualitativa, uma vez que esta permite a compreensão mais ampla do fenômeno estudado e a combinação de estratégias metodológicas de investigação (KNAUTH; LEAL, 2014). A escolha de tal abordagem aconteceu em razão dos elementos utilizados para realizar as análises, os determinantes não são quantitativos, aqueles que dependem de números para demonstrar resultados, mas qualitativos, que por meio da percepção do pesquisador, dos dados e da forma como são correlacionados com os conceitos para que os resultados sejam obtidos, em vistas aos objetivos da pesquisa.

Diante disso, são necessárias ações organizadas e pontuais. Deste modo, o delineamento metodológico do estudo foi dividido em três etapas: na primeira foi realizada uma revisão bibliográfica para a compreensão do panorama científico atual do tema, já na segunda etapa foram descritos eventos críticos que estão relacionados à gestão em saúde, como retorno de doenças, gestão de recursos, controle de doenças, descontrole entre a oferta e a demanda por saúde. Como última etapa foram feitas análises dos dados obtidos à luz dos

estudos pesquisados e com vistas a compreender as mudanças de atitudes dos gestores municipais de saúde a partir da nova realidade vivenciada no estado de Roraima.

O cenário desse estudo foi o Estado de Roraima, especialmente a capital Boa Vista, que concentra hoje cerca de 63,11% da população do Estado, o que corresponde a 314 900 habitantes, e lhe confere o status de município mais populoso do estado e o octogésimo sétimo mais populoso do Brasil, apresentando uma densidade populacional de 55,37 hab/km² (IBGE, 2016). Sua escolha é justificada por ser a capital do estado e por receber o maior número de imigrantes.

Por conseguinte, Pacaraima, pelo fato de localizar-se ao norte do estado de Roraima e ter se estabelecido como principal porta de entrada da migração venezuelana no Brasil é outro município escolhido para realização da pesquisa. Ele apresenta as maiores altitudes do estado e de toda Região Norte do Brasil com seus 920m, em uma distância de 214 km da capital. Em 2010, Pacaraima registrava uma população de 10.500 habitantes, deste total os indígenas constituíam um contingente correspondente ao percentual de 55,4% da população. É o sétimo município do Brasil em proporção de população indígena, e, em Roraima é o segundo, ficando atrás somente do município de Uiramutã que apresenta um percentual de 88,14% de indivíduos auto declarados indígenas. (CENSO IBGE, 2010).

As estimativas da população divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE têm referência em 1º de julho de 2018². Elas são um dos parâmetros utilizados pelo Tribunal de Contas da União no cálculo do Fundo de Participação de Estados e Municípios. No caso de Pacaraima, a revisão incorporou os imigrantes venezuelanos, dos quais em torno de 90%, conforme cruzamentos de dados desta pesquisa, concentram-se nos municípios de Boa Vista e Pacaraima. No Primeiro, a população variou de 332.020 em 2017 para

² Disponível em <https://fecomerciorr.com.br/artigo-tecnico-28-2018-pacaraima-e-o-municipio-com-o-maior-crescimento-populacional-do-brasil/>

375.374 em 2018 e na fronteira com a Venezuela o município saiu de 12.375 para 15.580 entre os anos de 2017 e 2018, sendo o município que mais cresceu no Brasil neste período.

Tabela 1– Percurso metodológico

	←→ Problema →	Perguntas a serem respondidas →	Informações necessárias →	Fontes de Informação →	Procedimentos →
↑	Quais as ações, enquanto políticas e eventos críticos, da gestão em saúde, em relação ao acesso de estrangeiros aos serviços do SUS na zona de fronteira Brasil/Venezuela nos anos de 2017 e 2018?	<p>1) Quais as ações dos Gestores do SUS sobre a saúde na Fronteira do extremo Norte do Brasil?</p> <p>2) Quais as demandas dos atendimentos de venezuelanos nas unidades de saúde de Roraima e os eventos críticos entre os anos de 2017 e 2018?</p> <p>3) Quais as atividades desenvolvidas para a formação dos gestores em Roraima, a partir dos relatórios da Rede Colaborativa do COSEMS/RR?</p>	<p>1. Analisar as ações dos Gestores do SUS sobre a saúde na Fronteira do extremo Norte do Brasil;</p> <p>2. Caracterizar as demandas dos atendimentos de venezuelanos nas unidades de saúde de Roraima e os eventos críticos que impactaram a gestão em saúde, entre os anos de 2017 e 2018;</p> <p>3. Descrever as atividades de formação dos gestores em Roraima a partir dos relatórios da Rede Colaborativa do COSEMS/RR.</p>	<p>1 Reuniões mensais dos secretários municipais de saúde (COSEMS-RR) e diálogo com os gestores;</p> <p>2 Relatórios epidemiológicos dos anos de 2017 e 2018 e boletins epidemiológicos de Roraima;</p> <p>3 Relatórios da Rede Colaborativa do COSEMS-RR.</p>	<p>1 Participação do pesquisador nas reuniões mensais dos secretários municipais de saúde (COSEMS) Visita do pesquisador aos municípios fronteiriços;</p> <p>2 Análise Documental; Análise de notícias da mídia;</p> <p>3 Análise Documental.</p>
	Informações Obtidas	→ Tratamento das Informações	→ Dados →	→ Análise →	Resultados (respostas)

Esquema adaptado: Luna (2011)

A técnica de investigação eleita se deu a partir das necessidades específicas da pesquisa, que foi a observação participante. Assim, por necessidade do pesquisador em traduzir a percepção de significados, representações, relações, normas, discursos, falas, sistemas de valores, símbolos, condições estruturais, dimensões esperadas e inesperadas do problema que motivou a pesquisa (SERAPIONI, 2000). As observações foram correlacionadas com as análises documentais que foram realizadas para imergir em debates que não poderiam ser contempladas por entrevistas ou questionários, que foram dispensados desta investigação em decorrência do tempo necessário para a conclusão. O conjunto de observações e os documentos coletados serviram para melhor compreensão da saúde na fronteira Brasil-Venezuela.

O estudo foi desenvolvido a partir do levantamento das pesquisas mais importantes e atuais da área. Para tanto, o método de coleta de dados adotado foi o levantamento direto do acervo das bibliotecas e sites especializados, além de estudos científicos que contemplassem as necessidades de informação da pesquisa. Ela foi desenvolvida através de análises documentais, por meio de anotações, boletins e relatórios oficiais, diário de campo, notícias da mídia e dados sobre os imigrantes atendidos na área de saúde, com foco para os venezuelanos.

Foram utilizados na pesquisa documentos oficiais possíveis para mostrar as ações da gestão na saúde dos municípios. Sendo eles, os relatórios das atividades dos apoiadores, os relatórios epidemiológicos da SESAU e do Ministério da Saúde.

Em razão disso, é que o desenvolvimento da pesquisa mostrou a necessidade de exposição dos eventos críticos, de maneira que seja compreendido um conjunto de situações que acontecem em razão da gestão da saúde e do aumento da demanda por saúde, especificamente pelo aumento do fluxo de venezuelanos nos serviços de Boa Vista e Pacaraima.

Os diferentes atores do SUS envolvidos na produção do sistema são portadores de ideias, princípios, convicções, sejam elas para agregar ou disputar o processo e, por isso, no momento da concretização dos processos aparecem nas disputas. Assim, a proposta de apoiar é, no mínimo, aproximar-se da

realidade e do jeito de fazer dos gestores que podem gerar disputas que estancam o SUS, interferindo diretamente a situação de acesso à saúde da população. Desse modo, o apoio pode ajudar na criação de caminhos legais e conduzir essas disputas a melhor termo, ou seja, iniciar novas possibilidades e novas combinações/acordos, em que as diretrizes e os princípios propostos estejam contemplados sem deixar de reconhecer as características de cada local.

O capítulo inicial deste estudo reflete, de maneira geral, sobre a saúde e a migração no extremo norte do Brasil, mais especificamente na fronteira Brasil-Venezuela. Com isso, o intuito foi entender as diversas situações relacionadas à temática. Para tanto, os tópicos discutidos são: “políticas públicas, refugiados e as fronteiras”; “SIS-fronteira”; “fronteiras e desigualdades em saúde” e “gestão da saúde pública: o SUS em Roraima”.

O capítulo dois discute sobre a gestão da saúde, com foco para atuação do SUS em Roraima. Nele são tratados a gestão em saúde pública, a equidade, o SUS e o DATASUS. Nesta direção são desenvolvidos os tópicos: fronteiras e gestão; saúde em Roraima e atendimento a estrangeiros. Assim, estarão constituídas as bases para análise dos dados da pesquisa e seus consequentes objetivos atingidos. Além disso, traz os eventos críticos apresentados a partir de situações que ocorreram e relacionam-se de alguma forma com a gestão da saúde nos âmbitos estadual e municipal. Neste sentido, pode-se observar o retorno do sarampo, a expulsão dos venezuelanos de Pacaraima, a falta de remédios e insumos, a intervenção do governo federal.

O capítulo três descreve a atuação dos apoiadores do Projeto Formação Rede Colaborativa para fortalecimento da Gestão Municipal do SUS e é retratado por meio da análise de um conjunto de relatórios. Revela-se a pesquisa participante, visto que o pesquisador é um dos membros da Rede Colaborativa e atuou como apoiador. E a partir deste lugar, foi capaz de realizar a pesquisa, tendo em vista a sua aproximação com os gestores.

O produto final (Anexo I) desta pesquisa foi um relatório conclusivo para os municípios fronteiriços brasileiros, com a finalidade de colaborar com o acesso universal e equânime ao SUS, a partir da análise das necessidades reais do território.

1 SAÚDE E FRONTEIRAS

A proposta deste capítulo é fazer reflexão sobre a saúde e fronteiras, com especial atenção à migração no Extremo Norte do Brasil, mais especificamente na fronteira Brasil-Venezuela. Com isso, compreender a temática, a partir da seguinte questão de pesquisa: Quais as ações dos Gestores do SUS sobre a saúde na Fronteira do Extremo Norte do Brasil? Para melhor responder a tal questão, seguem indagações adicionais: O que é possível pensar da relação saúde e fronteiras? Qual saúde está sendo oferecida aos moradores da fronteira? Há diferenças entre o atendimento do brasileiro e do estrangeiro na fronteira? Existem recursos específicos para o atendimento de estrangeiros ou para municípios fronteiriços? Como é a gestão dos recursos da saúde na fronteira?

As questões apontadas trazem a reflexão sobre a gestão da saúde e da relação dos países. Com esse direcionamento é que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 455, de 4 de março de 2010, instituiu o Subgrupo de Trabalho sobre Saúde na Fronteira (STSF) Brasil-Venezuela. A função deste subgrupo era tratar dos temas da saúde na região fronteira entre o Brasil e a Venezuela, junto ao Grupo de Trabalho sobre Desenvolvimento Fronteiriço (GTDF), criado na cidade de Caracas, Venezuela. O instrumento tem sua relevância nas relações entre os dois países, cujo objetivo era coordenar e promover as ações de saúde na fronteira. Ademais, a portaria traz um Manual Operacional, que deveria ajudar nas atividades do Subgrupo.

Neste sentido, é importante observar que o subgrupo tinha as seguintes funções que relacionam e situam a saúde na fronteira, apontados em Brasil (2013): I - desenhar e coordenar a execução do Plano de Ação de Saúde na Fronteira, podendo identificar e gerir os mecanismos e fontes de financiamento para sua realização; II - apresentar ao GTDF os resultados do Plano de Ação de Saúde na Fronteira, através de um Informe de Avaliação. A pesquisa não conseguiu identificar resultados concretos da atuação deste subgrupo ou qualquer documento que demonstrasse seus resultados.

O Brasil tem uma grande faixa de fronteira. Gadelha e Costa (2007) discutem as fronteiras do Brasil com os países da América do Sul dentro da

perspectiva da intervenção para garantia da segurança nacional. Neste contexto, encontram-se as ações relacionadas à saúde. Assim, as condições sociais e de cidadania são muito adversas, visto não haver uma base produtiva capaz de atender os moradores da região.

Para Bauermann (2014), os métodos de gestão e planejamento nas questões sobre a saúde pública observam na Geografia uma importante ferramenta para elucidar as problemáticas enfrentadas pelas questões territoriais. As estratégias para barrar atendimentos não se repercutem apenas no paciente estrangeiro, mas também aos usuários nacionais.

Bauermann (2014) observa que nas fronteiras, em geral, há a omissão de dados pessoais ou a declaração de informações que não condizem com a verdade. Com isso, fazem parte das ações que dificultam o atendimento. O cartão SUS além de ser uma fonte de identificação do usuário, pode revelar as ações dos serviços que foram prestados e dados sobre o profissional que realizou o atendimento, portanto é um mecanismo que contribui na proteção tanto do usuário, como do atendente, porém enquanto existirem as situações que levam as pessoas a omitirem informações, este sistema não atingirá seu objetivo (BAUERMANN, 2014). No estado de Roraima, com constantes quedas de energia e internet de má qualidade, somado a um SUS pouco informatizado, pode constituir-se, neste contexto, mais uma barreira invisível.

Em se tratando da questão da fronteira, a multiterritorialidade é a forma moderna de reterritorialização, um grupo social coeso constrói seus (multi)territórios integrando suas experiências culturais, econômicas e políticas em relação ao espaço, com sobreposições e/ou combinações de territórios (HAESBAERT, 2014). O pacto de gestão publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) reconheceu a territorialidade expressada em municípios fronteiriços, como espaços que excedem os limites nacionais. Neste sentido, em termos de territorialização, os gestores municipais e estaduais devem pactuar critérios claros à definição da espacialidade regional, levando em consideração as regiões de saúde já existentes e as peculiaridades locais (BRASIL, 2005).

1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS, REFUGIADOS E FRONTEIRAS

Ao longo dos anos as ações dos poderes públicos foram estudadas e analisadas para saber como elas beneficiavam a população. Em cada época o Estado agiu conforme a necessidade do momento e assim foram sendo construídos os conceitos relacionados às políticas públicas. Neste sentido, a proposta deste tópico é trazer os conceitos de políticas públicas e relacioná-los aos de refugiados e de fronteiras, em especial aquelas políticas relativas à saúde.

No Brasil, a saúde é um “Direito de Todos e Dever do Estado” (Constituição Federal – 1988), e a Lei Federal nº 8080 reitera que a “Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para seu pleno exercício”. Ainda que a nossa legislação não faça menção direta ao acesso de cidadãos estrangeiros aos serviços oferecidos por meio do SUS, alguns estudiosos defendem a ideia de que esse acesso abrange a todas as pessoas, independente de sua nacionalidade (GIOVANELLA et al., 2007; SILVA (2007); NOGUEIRA, 2015). É o que tem ocorrido no estado de Roraima com a presença de estrangeiros, em sua maioria venezuelanos.

Nunes (2016) indica que o Tratado de Cooperação Amazônica (TCA) foi adotado, em Brasília, aos 3 de julho de 1978, pelos oito Estados independentes da região – Brasil, Bolívia, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Venezuela e Suriname. A compreensão das razões que levaram à sua assinatura requer a análise de uma rede complexa de interesses dos países negociadores no âmbito regional e de fatos de relevância global. O autor reforça que o texto do Pacto Amazônico traz os principais instrumentos internacionais voltados para a preservação do meio ambiente e o cuidado com o ser humano; saúde, condições sanitárias, epidemias e desenvolvimento social.

Pesquisadores se dedicaram a explicar a história e a formação do conceito de políticas públicas, que surge como um meio de respostas sobre o que o Estado fez, e assim pode-se definir como “[...] o conjunto das decisões e ações propostas geralmente por um ente estatal, em uma determinada área [...], de maneira discricionária ou pela combinação de esforços com determinada

comunidade ou setores da sociedade civil” (TUDE, FERRO, SANTANA, p.11, 2015).

A variação nos significados dos conceitos de políticas públicas, principalmente por parte dos que estudavam ciências políticas, que com os anos e os estudos foram ficando mais complexos, onde analisavam desde o começo até a formação final das políticas públicas com todos os atores envolvidos (TUDE, FERRO, SANTANA, 2015). Tal complexidade pode ser comprovada pelo estudo de Souza (2003), que define as políticas públicas como um estudo que analisa o que o governo faz para o público.

Diversos foram os autores que discutiram sobre o tema de políticas públicas, mas Teixeira (2015) explica de forma resumida e clara o conceito, que seria a aplicação do dinheiro público e o desenvolvimento de ações por meio de regras e acordos definidos anteriormente entre a sociedade e o Estado. Nesse sentido, é possível refletir como: o governo brasileiro consegue atender, com saúde, à população da fronteira pesquisada, sem uma indicação de aumento de recursos humanos e financeiros para estas áreas? Como comprovado estatisticamente, a população de Pacaraima era de pouco mais de 10 mil habitantes em 2010 e esse número quase dobrou em razão da intensa migração de venezuelanos nos últimos dois anos. Aumentando-se assim, na mesma proporção, a necessidade de oferta das políticas públicas, principalmente na área de saúde.

Para as políticas públicas não importa o nível da sociedade (municipal, estadual ou federal), ela deve existir e com todo o planejamento necessário para que o Estado possa agir em prol da população. Dentro das políticas existem os chamados atores, que podem ser classificados em atores estatais, que são da administração pública e os atores privados, que não são da administração pública, mas que procuram estar sempre presentes nas decisões do Estado (TUDE, FERRO, SANTANA, 2015). No que diz respeito à realidade de Pacaraima, na área da saúde, o município é responsável pelos atendimentos básicos no posto de saúde e o governo estadual mantém o hospital. Todas essas políticas são, em grande parte, sustentadas pelo governo federal.

Compreendemos que existe uma evidente diferença entre os Imigrantes Voluntários e Refugiados. Os imigrantes voluntários são aqueles que se

deslocaram de seu país por vontade própria em busca de novos horizontes, já os refugiados buscam as mesmas coisas, mas saíram de seu país em razão de perseguição política ou de falta de condições para sobreviver. Neste sentido, “As zonas fronteiriças são zonas de empréstimos e apropriações culturais e, por isso, um lugar privilegiado para a compreensão do fenômeno migratório internacional” (RODRIGUES, 2006, p. 197).

O crescimento vertiginoso de migrantes em todos os países do mundo é justificado pelas alarmantes crises humanitárias, como conflitos bélicos, sociais e políticos. Em 2015, migrações forçadas alcançaram 65,3 milhões de pessoas no final do ano. O Brasil também vem sendo impactado por esse novo fluxo migratório internacional (UNHCR, 2015). Segundo dados do CONARE (Conselho Nacional de Refugiados, 2016), o Brasil em 2016 já possuía 8.863 refugiados reconhecidos de 79 nacionalidades.

As experiências que levam pessoas de diversas nacionalidades a solicitarem refúgio, abandonando seus países de origem, geralmente envolvem fatores com potencial de desencadear desordens mentais, como: Depressão e Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), entre outros distúrbios. Violências diversas, tortura, massacres, morte de parentes e amigos são circunstâncias traumáticas às quais muitos refugiados são expostos. Fome e perdas de bens também são frequentes nessa população, além do choque sociocultural no país de refúgio (GALINA et al, 2017, p. 298).

O CONARE (2016) indica que o Brasil firmou uma série de tratados internacionais, principalmente aqueles relacionados aos direitos humanos. Na mesma direção, o país também é parte da Convenção das Nações Unidas de 1951 sobre o Estatuto dos Refugiados e do seu Protocolo de 1967. Como também, demonstra sua preocupação com esta questão ao promulgar a lei de refúgio, sob o nº 9.474/97, de modo que adotou uma definição ampliada de refugiado estabelecida na Declaração de Cartagena, de 1984, que considera a “violação generalizada de direitos humanos” como uma das causas de reconhecimento da condição de refugiado, como afirma Galina et al (2017 p.98).

O interesse desse tema na Saúde Coletiva é o casamento destas áreas do conhecimento na saúde com os Direitos Humanos. Não é diretamente a temática desta dissertação, mas tem correlação concreta em razão da questão da gestão da saúde estar relacionada. Pode-se observar que as relações entre

estas áreas se intensificam quanto ao contexto e à fronteira entre os países. É o ambiente compartilhado pelas pessoas dos países fronteiriços que determina as condições de saúde e o respeito aos direitos humanos. No caso da fronteira Brasil/Venezuela é possível dizer que a humanidade dentro do viés do direito foi retirada em sua totalidade.

Com isso, é premente a temática acerca da oferta de saúde aos estrangeiros, em específico nesta pesquisa, os venezuelanos. Eles adentram o Brasil em busca de novas oportunidades de sobrevivência, mas muitos vêm à procura de tratamento de saúde. Em geral, aqueles que ficam na capital ou em cidades do interior são os que viviam nas piores condições em seu país. Por outro lado, os que gozam de melhores condições seguem viagem, em sua maioria por via aérea, para outros estados ou para alguns países da América do Sul. Na chegada em um novo país, existem diversas barreiras (não) visíveis, como a diversidade cultural que sempre é um grande desafio a ser vencido no país de exílio: a língua, a religião, as estruturas de parentesco, até a discriminação racial – xenofobia (GALINA et al., 2017).

Os pedidos de refúgio na Polícia Federal somam mais de vinte mil solicitações formais no país (Brasil, 2018). É preciso ter em vista que a fronteira entre Brasil e Venezuela tem entrada facilitada dos migrantes. Tal fato também é evidenciado com a grande chegada de migrantes interestaduais, que compõem grande parte da população Roraimense. A contagem populacional do contingente migratório, internacional, que chega diariamente às fronteiras brasileiras é imprescindível para possibilitar as medidas e políticas que atendam a necessidade dessa população como parte de um projeto maior que é o de integração da América do Sul (RODRIGUES, 2006).

A compreensão dos conceitos tratados neste tópico é aprofundada ao trazermos o conceito de fronteira. Para Silva e Tourinho (2017, p. 97), “a fronteira não é apenas uma linha mapeada cartograficamente e descrita em seus marcos geodésicos com a finalidade de separar duas ou mais unidades espaciais.” A discussão científica sobre a temática indica que há, ao menos, duas perspectivas, conforme Ferrari (2014, p. 23), “[...]trata da história política entre Estados nacionais e do limite de soberania de um poder central e [...]trata do vivido e das interações entre populações em zonas fronteiriças”.

Para Machado (1998), a fronteira pode ser considerada como uma fonte de perigo ou ameaça, em razão de desenvolver interesses distintos dos governos de cada Estado. Ela também pode ser um fator de integração, na medida em que for uma zona de interpenetração mútua e de constante manipulação de estruturas sócio-políticas e culturais distintas. É o caso que observamos no contexto da pesquisa desta dissertação. A autora aponta ainda, que o limite é um fator de separação, pois separa unidades políticas soberanas e permanece como um obstáculo fixo, não importando a presença de certos fatores comuns, físico-geográficos ou culturais.

O Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PPDFF, 2009) caracteriza, baseado na Constituição Federal de 1988, da seguinte forma a fronteira brasileira:

[...] uma faixa de até 150 km de largura ao longo de 15.719 km da fronteira terrestre brasileira, que abrange 588 municípios de 11 Unidades da Federação [...] O Brasil faz fronteira com dez países da América do Sul e busca ocupação e a utilização da Faixa de Fronteira de forma compatível com sua importância territorial estratégica (p.13).

A grande extensão da faixa de fronteira do nosso país dificulta o acompanhamento das questões relacionadas à segurança pública, mas também da dificuldade de dar maior atenção aos aspectos relacionados à saúde nesta região. Não se pode negar que é importante o desenvolvimento das fronteiras, mas não se deve perder de vista o atendimento com qualidade à população ali residente.

Nogueira (2007) indica que o conceito de fronteira vivida dá ênfase ao sujeito na sua relação com o lugar. Neste sentido, remetemos as duas fronteiras internacionais que vivenciamos em Roraima e refletimos como é a relação, mais especificamente dos pacaraimenses, com o seu lugar e com as transformações que vivenciaram nos últimos anos. Para o autor, a fronteira deve ser interpretada a partir da compreensão que seus habitantes têm dela e de como se relacionam, quando se relacionam, com seus vizinhos. Não é possível considerar a fronteira sem tentar entender o cotidiano em que as pessoas estão inseridas. No caso do contexto da pesquisa, Roraima sofre as transformações e os reflexos de ser fronteira, diante da situação turbulenta vivenciada no país vizinho e da

possibilidade de construção de novos sonhos no Brasil. Tudo isso gera impactos nas políticas públicas, dentre elas na saúde e na forma como os gestores lidam com a problemática.

Em continuidade podemos pensar o conceito de fronteira relacionando-o ao de soberania. Como observamos em Steiman e Machado (2012), a edificação dos Estados Nacionais serve de balizamento para observar o conceito de fronteira, como prática espacial, torna-se imprescindível para garantir estabilidade, segurança e soberania do Estado. Não se deve abrir mão da fronteira em detrimento da soberania e do poder. Assim, é nessa realidade que devem ser exercidas a soberania e o poder para garantir a existência da fronteira.

A globalização no âmbito do sistema capitalista considera fundamental a fronteira, considerando a economia vinculada aos processos de maior integração regional (CASTROGIOVANNI, 2010). Neste sentido, devemos considerar que o conceito de fronteira não deve ser distanciado da concepção defensiva, porém, com as transformações do espaço geográfico mundial, não há como negar a integração dos países e de suas populações, exemplificado pela presença maciça de estrangeiros em Roraima, em especial na cidade de Pacaraima e na capital Boa Vista. Em razão dos marcos divisórios presentes na fronteira Brasil-Venezuela, ela é considerada uma fronteira artificial. Para Azambuja (2008, p. 56), a fronteira artificial “são linhas geométricas ou geodésicas, assinaladas por marcos divisório”.

Dados da Justiça Federal³ relacionam os quinze municípios de Roraima como fronteiriços, sendo assim divididos: Bonfim e Pacaraima são cidades-gêmeas, aquelas que têm ligação geográfica direta com o território estrangeiro; Alto Alegre, Amajari, Caracaraí, Caroebe, Iracema, Normandia e Uiramutã são considerados municípios que fazem parte da linha de fronteira e Boa Vista, Cantá, Mucajaí, Rorainópolis, São João da Baliza e São Luiz são apontados como faixa de fronteira. Com isso, observamos a relevância da pesquisa trazer

³ Disponível em www.justica.gov.br/Acesso/.../anexo-vii-lista-municipios-faixa-de-fronteira.doc Acessado em 19 de abril de 2019.

dados de todos os municípios, mas focar em uma das cidades gêmeas que é Pacaraima e na Capital, enquanto faixa de fronteira.

1.2 SIS-FRONTTEIRAS

A proposta deste tópico é compreender a função do SIS-FRONTTEIRA de modo a corroborar com a compreensão da gestão dos recursos do SUS, a partir de um instrumento de análise de dados a ser alimentado pelos serviços que compõem a rede de atenção à saúde na fronteira.

O Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) é um projeto de responsabilidade da Secretária Executiva do Ministério da Saúde (MS). Foi criado oficialmente em 2005, com o propósito de formalizar e integrar os sistemas de saúde das localidades de fronteiras, a partir das dificuldades historicamente experimentadas por gestores, trabalhadores e usuários dos sistemas de saúde nestas localidades. É uma tentativa de tratamento de dados para encontrar as potencialidades e deficiências do SUS em regiões fronteiriças e por isso impedem um atendimento em saúde equânime e com o mínimo de qualidade (BRASIL, 2006).

A partir da construção do SIS-Fronteiras estão previstas todas as estratégias e ações necessárias para observar e atuar sobre as prioridades identificadas no diagnóstico. O procedimento inicial tem grande importância: “as ações na faixa de fronteira não podem ser encaradas a partir de um padrão de atuação único, pois as questões de saúde da fronteira envolvem países cujas peculiaridades, necessidades e normas devem ser conhecidas e respeitadas” (CONASS, 2006, s/p).

Esse projeto aparece para atenuar as barreiras de consolidação e expansão da atuação do Ministério da Saúde nas áreas de fronteiras, de avaliação (mais que tudo) das ações por ele desenvolvidas, da implantação e do desenvolvimento de um sistema de informações e, para finalizar, da mobilização e participação dos gestores das secretarias municipais de saúde para um sistema de cooperação em rede. Portanto, o SIS-Fronteiras é um instrumento capaz de colaborar com a preparação do planejamento das ações em saúde em região de fronteira e, como tal, é parte de nossa investigação. No entanto, a

subutilização do sistema provoca um afastamento de leitura da realidade. Com isso, um instrumento que poderia colaborar com a tomada de decisão dos gestores, dado a sua importância, torna-se obsoleto, em razão do seu não funcionamento.

Carvalho (2014) indica que a implantação do SIS-Fronteira não mudou “a realidade das cidades fronteiriças no tocante a situação da saúde, se perdeu em seu cronograma, perdeu espaço político, pouco alcançou seus objetivos e quase nada conseguiu mudar” (p. 102). Isto é bastante latente na pesquisa ora apresentada, em vista disso o autor ainda acrescenta que:

A crescente mobilidade de estrangeiros e brasileiros residentes em áreas de fronteiras para tratamento de saúde no Brasil tem ocasionado dificuldades adicionais aos responsáveis pela gerência do SUS devido a uma forte demanda por serviços de atenção à saúde nessas áreas. (CARVALHO, 2014, p. 14)

O pesquisador também constatou que há reflexos negativos, principalmente no que se refere aos financiamentos das atividades de saúde e à qualidade de tais serviços. No caso das fronteiras localizadas no estado de Roraima o atendimento acontece somente do lado brasileiro. Por isso, é necessário que os gestores da área de saúde estejam preparados para acompanhar e buscar recursos para atender a realidade fronteiriça.

A relevância do SIS-Fronteira seria incontestável, pois com isso poder-se-ia perceber que a forma como os lugares são constituídos, em razão de ser responsabilidade do Estado a viabilização de determinadas atividades dentro do contexto fronteiriço. Deste modo, destaca-se a solidariedade institucional como essencial no processo de consolidação do SIS-Fronteira. No caso específico dos municípios pesquisados, os dados deste Sistema não estão sendo alimentados da forma adequada, o que causa prejuízos às possibilidades de projetos dos municípios e ao conhecimento da realidade, no que tange à saúde, de maneira segura, direta e precisa.

Neste sentido, há a garantia da função legal do Estado ao possibilitar que pessoas de outros países utilizem nosso sistema de saúde, na realidade da fronteira. Desse modo, a solidariedade institucional é garantida por meio da atuação em políticas territoriais, com primordial atenção ao papel do SIS-

Fronteira que acompanha a execução das ações pelos entes federados que estão no cotidiano das fronteiras.

1.3 FRONTEIRAS E DESIGUALDADES EM SAÚDE

No Pacto de gestão um dos itens a serem alcançados pelos entes federativos é o aprimoramento dos mecanismos de gestão. Os recursos mal aplicados geram instabilidade e desconfianças. Primeiro porque a insegurança do gestor em saúde recai principalmente na forma de planejamento, utilização e prestação de contas. Segundo, em razão da população querer, com todo direito, uma saúde de qualidade. Deste modo, na medida em que faltem remédios ou um médico, as desconfianças se voltam para o desvio dos recursos e conseqüentemente para a ineficiência da gestão em saúde.

Como um dos critérios de repasse financeiro do SUS é o per capita (não sendo contabilizada a população itinerante) a ser beneficiado pelas ações possíveis, ocorre um contínuo agravamento dessa situação, provocado pela crescente demanda da população estrangeira pelos serviços de saúde em território brasileiro (CARVALHO, 2014).

Dados de Roraima (2016) confirmam que a partir de 2016, com o agravamento da crise econômica e política na República Bolivariana da Venezuela, o estado de Roraima reflete o aumento da imigração e dos atendimentos na área de saúde. Diante deste cenário, o governo estadual criou o Gabinete Integrado de Gestão Migratória (GIGM), que objetiva maximizar a eficiência e a capacidade de resposta da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e, para tanto, foi elaborado o Plano Integrado de Gestão Migratória (RORAIMA, 2016).

Em continuidade, na expectativa de acompanhar o aumento do fluxo de atendimento, a CGVS (Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde) criou em parceria com o EPSUS/MS, a Sala de Situação em emergência para questões migratórias, em 2017, com o objetivo de enfrentar a intensificação do fluxo migratório de venezuelanos (RORAIMA 2017). Esta situação projetou um impacto mais acentuado, inicialmente na capital, Boa Vista, e em Pacaraima. A primeira por ser a capital do estado e possibilitar uma gama maior de possíveis

atendimentos na área da saúde e a segunda por ser a cidade fronteira e ter seu acesso facilitado.

Para Carvalho (2014, p. 32), “questões sociais e aspectos de cooperação no campo dos sistemas de saúde progressivamente têm sido incorporados à agenda política dos governantes das diversas regiões do Brasil”. A situação se apresenta complexa quando se trata das fronteiras do país, principalmente quando se refere às ações voltadas à saúde, em função de diversas questões que vão desde o planejamento antecipado das atividades até a aplicação adequada dos recursos. Tudo isso é refletido na qualidade e quantidade dos serviços ofertados à população, seja de brasileiro residente, estrangeiro ou migrante.

O SUS atende usuários brasileiros que vivem em outros países e usuários estrangeiros de países vizinhos, o que, no mínimo, dificulta o planejamento local de saúde que por muitas vezes camufla a real demanda, que em cadeia gera problemas de subfinanciamento dos programas do SUS e um funcionamento inferior ao possível.

Martin; Goldberg e Silveira (2018, p. 30) indicam que:

Os processos sociais e contextos sociopolíticos pelos quais os imigrantes percorrem caminhos nem sempre são favoráveis à sua saúde. Análises cuidadosas sobre os modos de vida, as concepções sobre adoecimento, os diversos modos de lidar com a saúde e a doença, as intercorrências de adoecimento no processo migratório, assim como as análises dos sistemas de saúde que recebem imigrantes, ganham destaque no país, constituindo uma base à formulação de preocupações teórico-conceituais e práticas que abrem perspectivas à compreensão do processo saúde-doença-cuidados entre os imigrantes e refugiados (2018, p.30).

Alguns movimentos foram criados para melhorar a qualidade dos serviços de saúde da zona de fronteira. Carvalho (2014) cita em sua pesquisa a existência de fóruns ou criação de grupos de debates internacionais sobre saúde na fronteira, como também ações conjuntas de controle de vetores, melhoria na comunicação por meio de troca de informações epidemiológicas e ações conjuntas de vigilância sanitária e ambiental. “Exemplo disso foi a reunião do Subgrupo de Trabalho sobre Saúde na Fronteira Brasil – Venezuela, ocorrida na

cidade venezuelana de Santa Elena de Uairén em maio de 2009, que resultou na elaboração de um plano de saúde para a fronteira” (CARVALHO, 2014).

Sobre pesquisas já realizadas (GIOVANELLA et al., 2007; AGUSTINI, 2008; SILVA, 2007; PREUSS, 2007; NOGUEIRA, 2006, 2007, 2015) acerca da saúde na região da fronteira do Brasil e demais países apontam, invariavelmente, que a falta de financiamento é a mais importante barreira encontrada pelos gestores e profissionais de saúde que trabalham em municípios fronteiriços para garantir a equidade no acesso entre brasileiros e estrangeiros que buscam atendimento no SUS.

No caso de Pacaraima, nossa fronteira do Extremo Norte entre Brasil e Venezuela, os moradores têm suas ofertas de saúde pública diminuída em razão do aumento da demanda e da não disponibilização de recursos humanos e materiais na mesma proporção. Giovanella notou que existe uma significativa desarticulação entre os governantes locais, regionais, nacionais e internacionais na formulação e execução de políticas públicas de saúde que possam realmente avançar na melhoria a assistência disponibilizada (GIOVANELLA et al., 2007).

O cidadão estrangeiro tem acesso em regiões de fronteira aos serviços de saúde disponibilizados no Brasil pelo SUS. Claramente, quando se busca atendimento de urgência/emergência, mas em alguns municípios da região de fronteira brasileira, questiona-se o acesso desse público às ações e serviços da atenção primária. De fato, o Ministério da Saúde (MS) ainda não tem claras orientações sobre como proceder em dadas situações, o que revela a insuficiência de mecanismos por parte do MS. No território, o acesso aos serviços de saúde para estrangeiros depende da autoridade municipal e dos técnicos responsáveis pelos atendimentos. Em consonância, Merhy e Franco indicam:

[...] ‘trabalho vivo em ato’, na saúde, expressa-se como processo de produção de ‘relações intercessoras’ em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final, que ‘representa’, em última instância, as necessidades de saúde, como sua intencionalidade, e, portanto, quem pode, com seu interesse particular, ‘publicizar’ as distintas intencionalidades dos vários outros agentes na cena do ‘trabalho em saúde’ (2006).

Segundo Agustini e Nogueira (2010, 233-236), do lado brasileiro ainda não existem protocolos de atenção, (des) favorecendo decisões pessoais dos gestores e dos profissionais de saúde a partir do seu desejo.

Esse quadro também é vivido no Estado de Roraima, tanto na capital Boa Vista quanto nos diversos municípios do interior situados na linha de fronteira. A situação é mais observada nos municípios fronteiriços de Bonfim e Pacaraima, pois os equipamentos assistenciais são predominantemente da atenção primária, constituem-se nos espaços estaduais de maior procura dos serviços de saúde por estrangeiros dos vizinhos países da Guiana e Venezuela, além de serem possuidores de “hospitais de referência” para suas áreas geográficas (CARVALHO, 2014). Portanto, a saúde, enquanto política pública de necessidade primária deve ser garantida independente de questões territoriais e, com especial atenção a realidade das áreas de fronteira. Por fim, o período atípico vivenciado pelo estado de Roraima com a maior presença de imigrantes advindos da Venezuela, sobrecarrega a saúde do Estado.

1.4 GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: O SUS EM RORAIMA

O propósito deste tópico é discutir sobre a gestão da saúde, com foco para atuação do SUS em Roraima. Desta forma, serão apontados os conceitos de gestão em saúde pública, equidade, SUS e DATASUS. Assim, estarão constituídas as bases para análise dos dados da pesquisa e seus consequentes objetivos atingidos.

Deste modo, o objeto de estudo é a compreensão dos atendimentos a estrangeiros, relacionado à gestão da saúde e dentro do campo da formação dos Gestores do SUS com o aumento (não planejado) do número de estrangeiros que buscam acesso aos serviços de saúde na zona de fronteira do extremo Norte do Brasil. Assim, o estudo perfila-se com o olhar da equidade da gestão dos recursos públicos da saúde em Roraima, tanto no que se refere aos atendimentos, quanto em se tratando da formação voltada aos gestores em saúde. A gestão de saúde pública carece de profissionais capacitados para racionalizar ações de saúde, avaliar relações de gastos e reduzir os danos causados pelos investimentos.

O crescimento do fluxo migratório impôs uma série de desafios ao estado de Roraima como um todo, culminando em uma grave crise financeira (FGV/DAPP, 2018). Dentre as diversas consequências diretas advindas desta crise, podemos destacar a suspensão de serviços básicos no hospital entre os anos de 2017 e 2018, o atraso no pagamento dos servidores, em 2018, e a intervenção federal no final de 2018. A migração de venezuelanos tem pressionado ainda mais o sistema público de saúde de Roraima. A diretora do Hospital Geral de Roraima (HGR), Marcilene Moura, afirma que no HGR aproximadamente 80% dos pacientes atendidos são venezuelanos (CANINEU, 2017). Além desse panorama, é preciso observar a grande possibilidade de um importante número de cartões SUS terem sido gerados para estrangeiros, que já possuíam CPF, inadequadamente, e que na análise do sistema aparecem como atendimentos realizados a brasileiros, distorcendo a leitura da realidade.

Muitos escritores denominam a equidade de várias formas, por isso costuma-se dizer que é um conceito polissêmico, majoritariamente porque necessita estar articulado com outras questões que o complementam como desigualdades e disparidades, justiça social, distributiva e determinantes sociais entre outras.

De acordo com o *Glossário Temático Economia da Saúde* do Ministério da Saúde, equidade em Saúde significa: “princípio segundo o qual a distribuição de recursos é feita em função das necessidades de saúde de uma determinada população” (BRASIL/Ministério da Saúde, 2013, p.29).

Escorel (2008) diz ainda que “equidade é a introdução da diferença no espaço de igualdade e é parte do processo histórico de lutas sociais que conformam em diversos contextos (tempo e espaço) padrões de cidadania diferenciados” (p. 2). Assim, a pesquisadora sugere que apesar das condições de saúde e de acesso aos serviços deve-se observar outras dimensões: a institucional e a política para se discutir as prioridades na “direcionalidade das políticas (programas, ações e serviços) de saúde para a redução das desigualdades sociais e a melhoria da qualidade de vida dos pobres” (Escorel, 2008, p.2).

Vieira-Silva e Almeida Filho (2009) encontram uma “confusão conceitual” em que a equidade é dividida em horizontal e vertical; em momentos é entendida

como sinônimo de igualdade e em outros momentos como diferente; outras vezes conceituada pelo seu negativo: iniquidade, ou pelas desigualdades. Os autores afirmam, assim, que existe uma real inconsistência conceitual e terminológica que atrapalha o trabalho de se tentar atenuar as iniquidades. Os mesmos autores concluem que além das diversas definições encontradas também é preciso observar a saúde coletiva e a saúde individual e consideram conforme se segue:

A presente proposta de abordagem do problema da equidade em saúde, pelo contrário, possibilita reafirmar que as diferenças de ocorrência de doenças e eventos relativos à saúde são mediadas social e simbolicamente. [...] Por esse motivo, tratar teoricamente o problema da equidade em saúde toma como imperativo examinar as práticas humanas, sua determinação e intencionalidade no que diz respeito especificamente a situações concretas de interação entre os sujeitos sociais (VIEIRA-SILVA E ALMEIDA FILHO, 2009, p. 219).

Granja et al (2009) atribuem outra classificação, por isso o que se pode observar é que a equidade não é um conceito estático, depende de alguns fatores que, ora a colocam como igual, ora como diferente e embora os conceitos sejam diversos pode-se observar alguma linearidade entre eles que nos permitem inferir que não se pode supor um único conceito de equidade em saúde e, para isso, dois fatores importantes se destacam: a questão do acesso e a questão de distribuição de recursos. Também são importantes as diferenças entre as questões de igualdade entre os iguais e a discriminação positiva entre os desiguais. Por isso, em se tratando de usuários em iguais condições de recursos e de necessidades, deve-se tratar igualmente, ao passo que aqueles que se encontram em condições diferentes devem dar mais aos que estão em condições de maior vulnerabilidade, fazendo-se assim a discriminação positiva para se reduzir as iniquidades.

Para o Ministério da Saúde⁴, o SUS, por meio de seu Departamento de informática - DATASUS no estado de Roraima, representado por sua gerência, tem o papel de:

Acompanhar o planejamento e a execução das atividades desenvolvidas pela Seção de Fomento e Cooperação Técnica do

⁴ Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/roraima>. Acessado em 07/04/2019

Núcleo Estadual, visando a sua integração com as demais atividades do DATASUS;

Executar as ações de capacitação dos técnicos da Divisão de Fomento e Comunicação e das Seções de Fomento e Cooperação Técnica do Núcleo Estadual;

Prestar apoio às Seções de Fomento e Cooperação Técnica dos Núcleos, com a colaboração das demais áreas do DATASUS visando à observância dos padrões para informatização, metodologias, normas técnicas de desenvolvimento, implantação e operação de sistemas de informação;

Acompanhar o processo de integração e implantação da rede de computadores e apoiar a implementação da Política de Segurança aplicada ao ambiente da Rede Corporativa do Ministério da Saúde – MS nos estados;

Prestar apoio às Unidades do SUS - UBS, na implantação e na utilização dos programas e sistemas considerados estratégicos pelo MS, assim como assessora as Unidades do SUS no planejamento e na execução das ações de capacitação técnica das equipes em sistemas de informação.

Desta forma, tanto o estado como os municípios têm assegurado o apoio para suas atividades, principalmente aquelas relacionadas às atividades do SUS. Deste modo, são diminuídas as dificuldades de utilização de programas, elaboração de projetos, execução de ações e principalmente integrar os sistemas, de maneira que seja possível mais e maior eficiência na gestão dos recursos da saúde.

O gerenciamento das ações na área de saúde, apesar de complexo, tende a trazer mais e melhores resultados na medida em que a aplicação dos recursos seja feita de maneira correta, atendendo as necessidades da população. Além disso, o gestor em saúde avalia as necessidades da instituição, gerencia processos e programas, cria e aplica políticas. Com isso, ele garante o conforto e a segurança dos pacientes, como também gerencia equipes de modo adequado.

As críticas à gestão em saúde no Brasil são amplas, diversas e mostram a dimensão dos problemas a serem enfrentados. No que tange à rede hospitalar brasileira, tem-se o diagnóstico da “existência de inúmeros estabelecimentos de saúde de com grande fragilidade gerencial” e que estão longe de atender ao exigido para oferecer ‘uma assistência resolutiva, adequada e otimizada’, “no que se refere à qualidade dos serviços ofertados, ainda pouco se sabe”. (BRASIL, 2004, P. 47)

No Brasil, a expectativa e insatisfação da população com os serviços de saúde vêm crescendo, aparecendo como queixa ou problema número um. Para Lorenzetti et al (2014), embora muitas pesquisas científicas não sejam

resultados de uma avaliação técnica da eficiência e eficácia dos serviços de saúde, expressam a opinião e percepção dos usuários e população em geral, consistindo em importante indicador para todos os envolvidos na melhoria das políticas e práticas de saúde, em especial, profissionais e educadores de saúde, governos, gestores, instituições de saúde e meios de comunicação.

Dados iniciais demonstram que a grande maioria dos gestores municipais tem dificuldade de lidar com a gestão dos recursos que são repassados pelo Governo Federal para o município. Isso acontece em razão da falta de experiência e da necessidade de capacitação para os gestores da saúde.

As dificuldades dos municípios brasileiros em promover a atenção integral à saúde de seus munícipes acontecem em meio a uma série de situações. Gadelha e Costa (2007) indicam que os principais problemas enfrentados pelos municípios são: a falta de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade, e a distância entre os municípios e os centros de referência.

A pesquisa realizada em Roraima indica um caminho idêntico dos gestores com dificuldade de planejar e fazer previsão de recursos para as políticas básicas de saúde. Isso acontece, fundamentalmente, em razão da volatilidade dos dados obtidos e da grande dificuldade de mensurar a real população do município. Situação que interfere na solicitação assertiva do recurso que subsidie através de financiamento a necessidade de saúde dos munícipes. Com isso, os moradores da fronteira sentem reflexos relacionados a um atual aumento da demanda e são vítimas desta situação, tendo em vista que o sistema não se desenvolve na mesma velocidade do crescimento populacional em Roraima.

Os critérios de transferências de recursos da União para os estados e municípios foram estabelecidos em 2000, por meio da Emenda Constitucional (EC) nº 29 e fortalecidos pela Lei Complementar (LC) nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Ela estabelece normas para a alocação de recursos que objetivam a redução das disparidades regionais, demanda antiga de diversos estudiosos do setor. Este novo modelo de alocação de recursos financeiros exige a alteração da lógica que tem orientado a alocação de recursos federais em saúde no Brasil

e implica mudanças estruturais nos critérios de distribuição empregados atualmente pelo Ministério da Saúde (MS). (BRASIL, 2012).

Os repasses são feitos para o governo estadual, que transfere para os municípios. No entanto, a reclamação de diversos secretários de saúde dos municípios de Roraima é que o estado retém parte dos recursos pelo fato do município não atender média e alta complexidade.

O Ipea indica que:

A regulação das transferências da União para estados, Distrito Federal e municípios é tema extremamente relevante, no mínimo, pelos seguintes motivos: i) o caráter descentralizado que deve ter a gestão das ações e dos serviços públicos de saúde (Brasil, 1988, art. 198, I); ii) a importante participação (cerca de 45%) dos recursos federais no financiamento compartilhado do SUS; e iii) o caráter redistributivo que deve ter a alocação regional desses recursos, conforme previsto no inciso II, § 3º, do art. 198 da CF/1988. (IPEA, 2017, p. 8)

Para compreensão desta citação é necessária a percepção da relevância da aplicação adequada dos recursos, pois cada usuário do SUS quer ter um bom atendimento e confiar nos serviços de saúde prestados a ele. A Constituição Federal (CF) indica que para melhor aplicação dos recursos, eles devem ser descentralizados, quer dizer, devem ser repassados aos estados e municípios. Neste sentido, os gestores devem ter conhecimento e preparação adequados.

Os vetos do Executivo não retiraram do texto final da Lei no 8.080/1990, em seu art. 35, a disposição do estabelecimento de diretrizes de descentralização dos recursos financeiros mais transparentes. Com isso, os valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, foram estabelecidos da seguinte forma:

será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo a análise técnica de programas e projetos: I – perfil demográfico da região; II – perfil epidemiológico da população a ser coberta; III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI – previsão do plano quinquenal de investimento da rede; VII – ressarcimento do atendimento de serviços prestados a outras esferas de governo (BRASIL, 1990).

O §1º do art. 35 complementa as disposições indicadas anteriormente. Nele a determinação é de que 50% dos recursos fossem distribuídos pelo critério

per capita: “Metade dos recursos destinados a estados e municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentes de qualquer procedimento prévio”. Observamos que apenas 50% dos recursos a serem transferidos seriam repassados automaticamente. Os outros 50% ficariam sujeitos, pelo que se pode depreender da leitura do caput do art. 35, à análise técnica de programas e projetos, ou seja, para 50% dos recursos a transferência não seria automática. Neste sentido ainda há uma carência e/ou dubiedade da legislação que pode impossibilitar a gestão adequada dos recursos.

A LC no 141/2012 regula, em seus arts. 17 e 18, a movimentação dos recursos da União. A movimentação dos recursos dos estados, por sua vez, está regulada na seção IV, nos arts. 19, 20, 21 e 22. Com relação ao rateio dos recursos da União, no seu art. 17 fica estabelecido que:

O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos artigos 18 e 22 aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do parágrafo 3º do art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 2012).

É importante observarmos que em seu art. 18, acerca da forma de utilização dos repasses, há a reafirmação de que os recursos do FNS destinados a ações e serviços públicos de saúde a serem executados pelos estados, pelo Distrito Federal ou pelos municípios terão suas transferências de modo regular e automático, sem a necessidade de qualquer convênio ou outros instrumentos jurídicos. Nesta direção ainda, o art. 22 veda a possibilidade de restrição aos repasses fundo a fundo, considerados como transferências obrigatórias.

Outra forma de financiamento da saúde em Roraima está relacionada com as emendas parlamentares. Neste sentido, os governos estaduais e municipais buscam este recurso por fora dos repasses financeiros fundo a fundo a fim de melhorar a capacidade administrativa da gestão do SUS.

Ao tratarmos de todo esse conjunto de situações existentes em Roraima, estamos tratando diretamente do SUS. Com isso, visualizamos da aplicação dos

recursos na prevenção com o programa Saúde da Família e seus Agentes Comunitários. É também na própria estrutura das Unidades Básicas de Saúde e dos hospitais, pois todos dependem dos recursos do SUS para existirem. Impossível fugir da observação de um conjunto de obras na área de saúde, inacabadas, que demonstram como os recursos do SUS em nosso estado podem estar sendo direcionados para outros fins. Com isso, não é possível pensar em uma saúde com equidade se não existe na prática a igualdade de direitos.

2 EVENTOS CRÍTICOS NA ÁREA DE GESTÃO EM SAÚDE E OS ATENDIMENTOS A VENEZUELANOS

Neste capítulo trataremos de eventos que consideramos críticos, pois refletem ou refletiram na área de saúde e são apontados e discutidos também dados sobre o atendimento aos venezuelanos. Inicialmente observamos que há muitas críticas relacionadas aos gestores que atuam na área de saúde, principalmente pela deficiência e ineficácia de muitos serviços que são ofertados. Podemos citar como exemplos: a falta de insumos e medicamentos no principal hospital do estado; o cancelamento, por três meses, pelo Conselho Regional de Medicina, das cirurgias eletivas e a demora na conclusão de obras, como foi o caso do Hospital das Clínicas atualmente, no anexo do Hospital Geral. Portanto, os eventos críticos são aqueles que extrapolam a normalidade e interferem na gestão da saúde e/ou tem reflexo a partir dela.

Podemos considerar ainda como evento crítico a convocação feita pelo Conselho Regional de Medicina em junho de 2018⁵, com gestores da saúde estadual e o Sindicato dos Médicos (Simed). A principal motivação para tal pleito foi a falta de insumos médico-hospitalares, como medicamentos e equipamentos essenciais, no Hospital Geral de Roraima (HGR). Para Dr^a Blenda, Presidente do CRM (FBV, 2018), “é uma questão que o CRM vem há quase três anos fiscalizando e informando os órgãos fiscalizadores. A situação vem se agravando (...)”.

A partir do pleito instigado pelo CRM, a gestão estadual da saúde manifestou, por meio de nota, que os processos de compras estão em andamento e que faltava, à época, apoio do governo federal. A atitude governamental não resolveu a questão, tornando-se uma medida paliativa.

Em continuidade, destacamos que a situação persiste e se amplia no final do ano de 2018, reportada pelos veículos de comunicação que o CRM, no início de novembro de 2018 “suspendeu as cirurgias eletivas, realizadas nas unidades públicas do Estado”. Tal suspensão ocorreu para que houvesse a normalização e que “os profissionais de saúde tenham condições de fazer os procedimentos

⁵ Informações retiradas de <https://folhabv.com.br/noticia/CRM-cobra-abastecimento-de-insumos/41330>. Acesso em 19 de abril de 2019.

com segurança⁶ ". A SESAU informou o recebimento de diversos materiais comprados pelo estado e que as cirurgias seriam regularizadas. Apontou ainda que o grande número de cirurgias de emergência realizadas no Hospital Geral de Roraima (HGR) acaba interferindo na realização das cirurgias eletivas. Apesar de tudo isso, o problema com as cirurgias eletivas persiste em 2019.

A expulsão dos venezuelanos de Pacaraima foi outro evento que impactou o contexto local e foi divulgado local, nacional e internacionalmente. Cerca de 1200 venezuelanos foram expulsos da cidade de Pacaraima por um grupo de moradores do município. Destes, em torno de 500 venezuelanos estavam no posto de triagem montado pelo Exército para acolhimento deles e o restante morava em barracas improvisadas nas praças e calçadas da cidade. Aqueles que estavam nas ruas tiveram seus pertences queimados e foram xingados de invasores.

Deste episódio, destacamos a necessidade de atendimento de casos mais complexos no Hospital de Pacaraima e um problema de administração relacionado ao uso da ambulância. Conforme dados do portal G1⁷, o tumulto que culminou com a expulsão dos venezuelanos das ruas de Pacaraima ocorreu no sábado após a família de um comerciante relatar à Polícia Militar um assalto sofrido por ele e agressões executadas por venezuelanos na noite do dia 17/08/2018. O atendimento médico iniciou em Pacaraima, porém a vítima teve que ser removida para Boa Vista em um carro particular, isto porque não havia ambulância disponível e a da Operação Acolhida não foi cedida, motivo que serviu de estopim para o evento crítico citado. No entanto, em um comunicado à época, o Exército reforçou que as Forças Armadas disponibilizam seus médicos para realizarem atendimentos no Hospital de Pacaraima e, regularmente, faz uso das ambulâncias da Operação Acolhida para devidas transferências de pacientes de Pacaraima para Boa Vista. Essa também é uma resposta no sentido de contribuir com a rede de saúde local.

⁶ Disponível em <https://roraimaemtempo.com/noticias-locais/saude-enfrenta-caos-com-suspensao-de-cirurgias-e-falta-de-insumos-basicos.288416.jhtml>. Acesso em 19 de abril de 2019.

⁷ Com informações do Portal G1 Roraima, disponível em <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2018/08/19/pacaraima-tem-ruas-desertas-apos-confronto-entre-brasileiros-e-venezuelanos.ghtml>. Acesso em 20 de abril de 2019.

Além disso, as gestões municipal e estadual de saúde negociaram com o MS a necessidade de renovação da frota dos seus carros e foi disponibilizada para cada município uma ambulância tipo A (básica), veículo destinado a transporte de pacientes em decúbito horizontal que não apresenta risco de vida.

Segundo os gestores da saúde, os estrangeiros, em sua maioria venezuelanos, costumam chegar ao hospital em condições de saúde extremamente precárias, pois não recebem tratamento adequado nem medicamentos na Venezuela. Muitos vêm em busca de tratamento para malária, tuberculose, HIV/AIDS e pneumonia. Em 2016, houve também um aumento de 274% do número de casos de malária diagnosticados em venezuelanos em Roraima, em comparação com o ano anterior (OLIVEIRA, 2017).

Temos que atentar que o trabalho em saúde atende, portanto, a dois aspectos básicos. O primeiro é o de preservar, respeitar e reconhecer a particularidade, a individualidade e a variabilidade das situações e necessidades dos usuários; o segundo, por sua vez, é o de estar em conformidade com determinadas regras, regulamentos e valores gerais, além de inserir/integrar, permanentemente, as atividades da equipe multiprofissional (PEDUZZI, 2007).

Neste sentido, o Relatório elaborado pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) conclui acerca da debilidade na saúde no sistema prisional de Roraima e a relaciona aos cidadãos em geral. Neste documento oficial o CNMP (2018) relata que o Ministério Público de Roraima defende “a construção de plano de trabalho junto ao novo Governo do Estado e assumiu que, atualmente, não há políticas públicas sequer para as maiorias (especialmente de saúde, SUS⁸)”. Deste modo, é possível concluir que tudo isso é causado por problemas de gestão de maneira geral e mais especificamente no contexto do conjunto de municípios da saúde do estado de Roraima.

Outro evento que vale análise é a previsão do Ministério da Saúde em criar dois laboratórios de fronteira, por meio do projeto VIGISUS, sendo um em Bonfim e outro em Pacaraima, em 1999. Tal proposta foi concretizada somente em Pacaraima, mesmo que dados da SESAU/RR apontem que nunca funcionou em plenitude. Ele tinha a finalidade de eliminar o sarampo do solo brasileiro.

⁸ Disponível em http://www.cnmp.mp.br/portal/images/Relatorio-Missao-Oficial-MDH_Roraima.pdf. Acesso em 20 de abril de 2019.

Neste caso, observamos falha na execução e no acompanhamento do projeto, que pode ter relação com a má gestão dos recursos destinados à saúde.

O Brasil estabeleceu como meta a eliminação do sarampo para o ano de 2000. A proposta foi acordada junto à Organização Pan Americanas de Saúde (OPAS) e realizou a implantação do Plano Nacional de Eliminação do Sarampo em 1999. Em Roraima, foi implantado o Plano de Erradicação do Sarampo e Controle da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) nesse mesmo ano, e a OPAS disponibilizou um assessor técnico e recurso financeiro, como resposta à provocação do coletivo de gestores municipais de saúde. A partir de então ocorreram capacitações técnicas pelo CENEPI para multiplicador em Vigilância Epidemiológica das doenças exantemáticas para o município de Boa Vista, e capacitação em diagnósticos sorológicos de sarampo e rubéola para o LACEN/RR (RORAIMA, 2000).

Figura 1 – Classificação dos casos notificados, confirmados e em investigação de sarampo.

Municípios	Notificados		Confirmados		Em investigação	
	n (575)	%	n (355)	%	n (7)	%
Brasil						
Boa Vista	329	57,2	177	49,8	7	100
Outros	225	39,1	166	46,7	0	0
Total	554	96,3	343	96,5	7	100
Venezuela						
Gran Sabana	18	3,1	9	2,5	0	0
Ciudad Bolívar	1	0,2	1	0,3	0	0
Maracaibo	1	0,2	1	0,3	0	0
Sifontes	1	0,2	1	0,3	0	0
Total	575	100	355	100	7	0

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Roraima (SES/RR); Data 08/01/2019.

*Dados preliminares e sujeitos à alteração.

**Dos casos notificados, 213 foram descartados.

Acerca da situação do sarampo, a Venezuela possui 23 estados e conforme dados do Ministério da Saúde do Brasil, o surto de sarampo já atingiu nove dos estados venezuelanos. O município de Caroní, localizado no estado de Bolívar, até o momento, confirmou o maior número de casos da doença. Até o dia 08/01/2019, foram notificados 575 casos suspeitos de sarampo, sendo 329 no município de Boa Vista e 225 casos notificados em outros 14 municípios do Estado. Entre os casos notificados, 21 casos foram atendidos no Brasil, mas residem na Venezuela, nos municípios de Gran Sabana (18), Ciudad Bolívar (01

caso), Maracaibo (01 caso) e Sifontes (01 caso) (figura 1). (BRASIL, 2019). É importante observar que o município vizinho ao Brasil é o que tem mais casos. Deste modo, o aumento do fluxo concentra o potencial de transmissão da doença, colocando em risco a população não imunizada e também a população imunizada com vacina de baixa qualidade. Essa possibilidade, levantada por nossa pesquisa, é empírica e carece de uma pesquisa específica de mais aprofundada.

Em 2017 foi confirmado um caso letal de difteria, em Boa Vista, destacado aqui como evento crítico, conforme da dados do Relatório Anual da Vigilância Epidemiológica (Roraima, 2017), o caso é procedente da Venezuela, em razão de surto de sarampo. Diante disso, a gestão do SUS estadual identificou a necessidade de realizar uma ação imediata que permitia à época adequação das taxas de cobertura vacinal com as metas padronizadas pelo MS e de forma homogênea. As ações foram realizadas, mas devido o fluxo migratório intenso, junto com a não aceitação da vacina por parte de alguns migrantes, não permitiu a imunização de 100% dos estrangeiros, com isso expandiu-se para o estado do Amazonas e teve um considerável aumento de casos de sarampo, entre 2017 e 2018.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), por meio de um informe de janeiro de 2019, indica que:

Até o momento, no Brasil, além dos surtos de sarampo nos estados do Amazonas, Roraima e Pará, oito Unidades Federadas também confirmaram casos de sarampo: 45 casos no Rio Grande do Sul, 19 no Rio de Janeiro, quatro casos em Pernambuco e Sergipe, três casos em São Paulo, dois em Rondônia e Bahia e um caso no Distrito Federal, totalizando 10.274 casos confirmados de sarampo no Brasil (BRASIL, 2019).

Observamos que é possível relacionar o retorno do sarampo ao intenso fluxo migratório dos venezuelanos. A ausência da fiscalização sanitária e do acompanhamento da questão das vacinas provocou o surto. O Ministério da Saúde explicita que “em relação à caracterização viral foi identificado o genótipo D8, idêntico ao que está circulando na Venezuela, em todos os estados com casos confirmados de sarampo” (BRASIL, 2019, p. 1).

Figura 2 – Casos confirmados de sarampo no Brasil.

Unidade Federada	Casos Confirmados*
Amazonas	9.778
Roraima	355
Pará	61
Rio Grande do Sul	45
Rio de Janeiro	19
Sergipe	4
Pernambuco	4
São Paulo	3
Rondônia	2
Bahia	2
Distrito Federal	1
Brasil	10.274

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do AM, RR, RS, RJ, PA, SE, PE, SP, RO, BA e DF.
Data: 08/01/2019; *Dados sujeitos a alterações.



A gestão da saúde na fronteira pode ser apontada como falha, visto que não observou a possibilidade de entrada de doenças já erradicadas no Brasil. Possivelmente, por meio de um acompanhamento epidemiológico do comportamento das doenças de forma antecipada, somado com uma intensificação de aplicação de vacinas em todos os estrangeiros, esta situação poderia ter sido minimizada ou até evitada.

Em se tratando das vacinas, situação a ser reportada adiante como mais um evento crítico, empiricamente alertamos para uma possibilidade de ineficácia das mesmas (efeito placebo), em razão do transporte inadequado para o interior do estado. As vacinas chegam ao estado de Roraima e no momento que são distribuídas para serem transportadas aos municípios, existem relatos de mau acondicionamento e que o insumo ainda pode demorar mais de quatro horas, aguardando seu deslocamento até o município onde será utilizado. Contudo, as questões de deslocamento provocam descongelamento, esfriamento dos frascos e queda brusca de temperatura, fatos que comprometem a eficiência e eficácia da vacina. Acerca de tal situação, não foram identificadas quaisquer atitudes das gestões municipal e estadual entre os anos de 2017 e 2018.

Os estudos analisados apontam para inúmeras deficiências no armazenamento de vacinas nas unidades de saúde que podem comprometer a qualidade da imunogenicidade, além de um aumento considerável nos custos do PNI, com perdas desnecessárias de vacinas por erros de manutenção da cadeia de frio. Neste sentido, para Nelson *et al.*, (2007) até recentemente a ênfase da

rede de frio era dada à prevenção da exposição das vacinas a altas temperaturas, principalmente durante o transporte. Atualmente os estudos apontam o congelamento de vacinas nas diversas fases da rede de frio o que resulta na perda de potência, comprometendo a imunogenicidade.

Assim, consideramos, mesmo necessitando de uma pesquisa científica mais detida, que é possível questionar a eficiência das doses de vacina que chegam ao interior de Roraima e a conseqüente falta de cobertura para diversas doenças. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 11), a Cadeia de Frio é o processo de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações (PNI), e deve ter as condições adequadas de refrigeração, desde o laboratório produtor até o momento em que a vacina é administrada. Exigências não observadas no estado de Roraima.

A imigração de Venezuelanos para Roraima, com a busca por uma melhor qualidade de vida e condições adequadas de sobrevivência, fez com que houvesse um aumento de 30% no número de nascimentos de mães venezuelanas, com relação ao ano anterior. Dados de Roraima (2017), afirmam que ocorreram 355 nascimentos vivos de mães residentes em outros países e Unidades da Federação (UF), destes 278 são de mães da Venezuela, 67 de mães da Guiana, e 10 de mães de outras UF.

Como forma de compensação pelo aumento expressivo da demanda na área da saúde, o governo federal, em maio de 2018, conforme indicações do Portal do Ministério da Saúde (MS, 2018), fez uma série de investimentos, a serem utilizados em ações e serviços de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme o ministro da saúde, à época, a medida foi uma resposta à imigração de venezuelanos, que tem demandado ampliação da capacidade de atendimento. De acordo com dados do governo, por meio da SESA/RR, o total de investimentos de novas ações é de R\$ 187 milhões, que foram destinados às obras em unidades de saúde, reforço e ampliação no atendimento hospitalar e na atenção básica, além da aquisição de vacinas para imunização da população contra doenças.

Nas palavras do ministro:

Estamos trazendo mais recursos para o estado de Roraima e aos municípios de Pacaraima e Boa Vista. É um esforço do Governo Federal, envolvendo o Ministério da Saúde, o Ministério da Defesa, o Exército e outras pastas, para apoiar o estado de Roraima. O trabalho é em reposta à imigração, mas vai trazer também melhores condições de saúde aos brasileiros que moram no estado. A ação está sendo feita e já podemos perceber uma melhora ao longo dos últimos meses”, ressaltou o ministro da Saúde, Gilberto Occhi (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 1).

O esforço do Governo Federal não resolveu ou amenizou a situação caótica da saúde no Estado de Roraima. No caso do município de Pacaraima não é diferente. A precariedade e as dificuldades se acumulam, apesar de todo o investimento, é perceptível que o repasse de recursos ou sua efetiva aplicação não acompanham, na mesma proporção, o aumento da demanda. Neste cenário, pode ocorrer a introdução ou reintrodução de doenças, além da possibilidade de ocorrência de agravos por causas externas e sobrecarga dos serviços na rede assistencial.

O estudo apresenta a seguir a descrição dos dados disponíveis de atendimentos nas unidades de saúde do estado de Roraima, incluindo as unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, unidades especializadas e unidades hospitalares, de acordo com dados da Sala de Situação de Emergência em Saúde dos Imigrantes, criada na SESAU/RR para acompanhar a situação dos atendimentos nos serviços de saúde do estado de Roraima em decorrência do processo migratório.

Inicialmente é feito o comparativo dos atendimentos a venezuelanos e outros imigrantes em relação ao total de atendimentos nos municípios do interior e capital do Estado nos meses de outubro a dezembro de 2017. Foram feitas análise dos dados consolidados dos atendimentos enviados oficialmente pelas unidades de saúde dos municípios do estado de Roraima à Sala de Situação Migratória. O propósito é que o consolidado dos atendimentos apresentados oriente as decisões da gestão em saúde no Estado e municípios. Com isso, haja planejamento em suas ações e desenvolvimento de estratégias efetivas para o atendimento aos residentes e imigrantes nas unidades de saúde.

Conforme dados da SESAU (2017), entre 2014 a 2017, foram registrados 62.113 atendimentos a venezuelanos nas unidades de saúde do estado, o que representa 4,2% dos 1.406.175 atendimentos registrados no período (Figura 3).

Em 2014, apenas a capital do Estado registrou atendimentos a venezuelanos (766), o que revela um dado empírico da subnotificação. Entre os anos de 2015 e 2016, houve um incremento substancial no número de atendimentos a imigrantes venezuelanos, passando de 7.457 em 2016 para 50.826 em 2017.

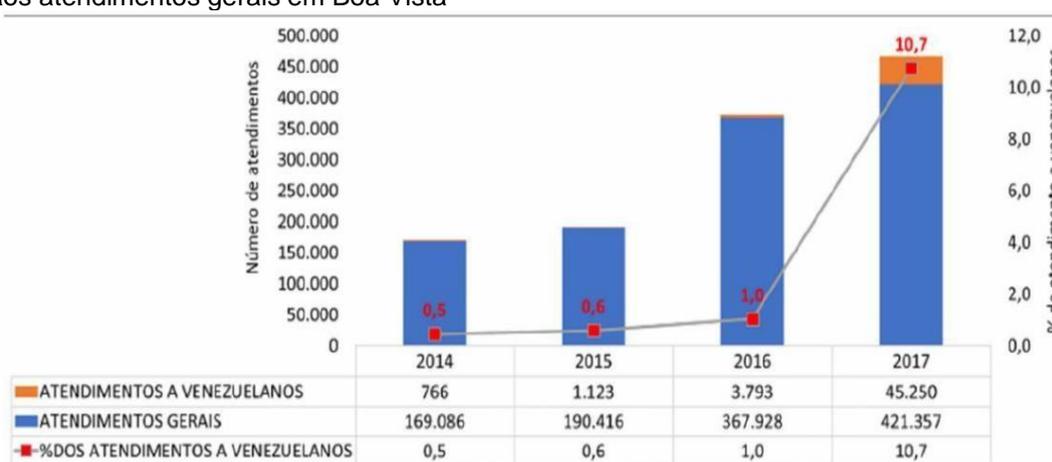
Figura 3 – Atendimentos a venezuelanos entre 2014 e 2017.



Fonte: SAME⁹ – Boletim Epidemiológico nº 03 – março/2018.

Em continuidade, é possível observarmos a concretização do aumento dos atendimentos aos venezuelanos:

Figura 4 – Comparativo e percentual dos atendimentos a imigrantes venezuelanos em relação aos atendimentos gerais em Boa Vista

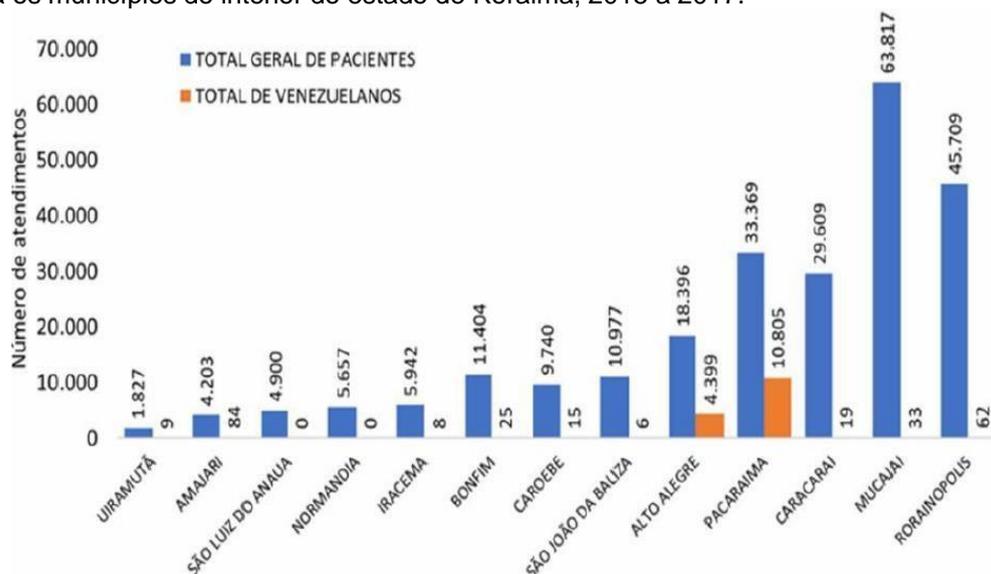


Fonte: SAME – Boletim Epidemiológico nº 03 – março/2018.

⁹ A Sala de Situação em Emergência – SAME é responsável por emitir os boletins epidemiológicos da SESAU/RR

A Figura 4 mostra a distribuição dos 1.199.719 atendimentos realizados na capital do Estado, Boa Vista, no mesmo período. Os atendimentos a imigrantes venezuelanos também representaram 4,2% do total geral dos atendimentos registrados para a capital no período. Para o ano de 2014 a proporção de atendimentos a venezuelanos com relação aos atendimentos a população geral foi de 0,5%, passando para 0,6% em 2015, 1,0% em 2016 e 10,7% em 2017. Assim, observa-se um elevado incremento entre os anos de 2016 e 2017. Além do aumento expressivo no fluxo migratório, esse incremento substancial nos atendimentos a venezuelanos, segundo informações da SESAU/RR, também pode ser explicado, em parte, pela melhoria no registro dos atendimentos nas unidades de saúde.

Figura 5 – Comparativo dos atendimentos a imigrantes venezuelanos e o atendimento geral para os municípios do interior do estado de Roraima, 2015 a 2017.

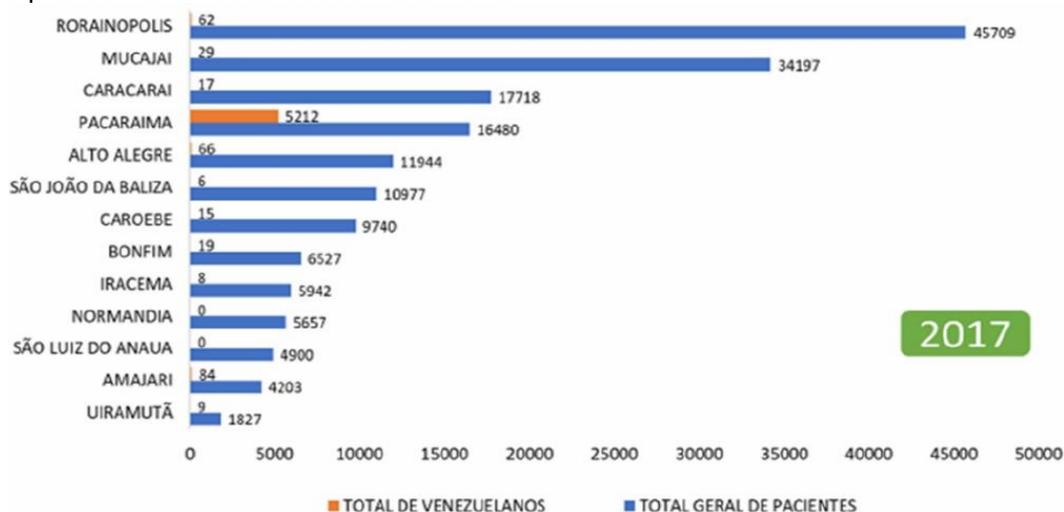


Fonte: SAME – Boletim Epidemiológico nº 03 – março/2018.

A Figura 5 apresenta a comparação dos atendimentos a venezuelanos com os atendimentos gerais, por município do interior do estado de Roraima entre 2015 a 2017. Destacam-se os municípios de Pacaraima e Alto Alegre, com os maiores números de atendimentos dos venezuelanos, com 10.805 e 4.399 atendimentos no período, respectivamente. O município de Pacaraima é plenamente explicável em razão de encontrar-se mais próximo da Venezuela, já Alto Alegre, conforme as informações prestadas pelos servidores da SESAU, o

aumento é explicado pelo fato de ter um grande número de venezuelanos trabalhando na agricultura.

Figura 6 – Comparativo dos atendimentos de venezuelanos e atendimento geral para os municípios do interior do estado de Roraima 2017.



Fonte: SAME – Boletim Epidemiológico nº 03 – março/2018.

Anteriormente, em levantamentos na SESAU, observamos que em 2015 cerca de um quarto dos atendimentos realizados no município de Pacaraima foram a venezuelanos (27,4%), sendo que os demais municípios não registraram atendimentos. Também foi verificado que mais três municípios do interior do Estado passaram a notificar atendimentos a venezuelanos – Mucajaí, Caracarái e Bonfim. Porém, esses municípios apresentaram um número bastante inferior aos registros de Pacaraima, onde os atendimentos a venezuelanos representaram supostamente 37,3% do total, sem considerar as possíveis subnotificações. Em 2017 (figura 6), verifica-se que 13 dos 14 municípios do interior do estado já registravam atendimentos a venezuelanos.

Observa-se que, com o passar dos anos, um maior número de municípios passou a registrar atendimentos de imigrantes venezuelanos. Ressaltamos, de acordo com informações da SESAU/RR, que esses dados podem estar subestimados, considerando a ausência de registros dos atendimentos de venezuelanos e atendimentos gerais para os municípios do interior do estado no ano de 2014. Tem-se, ainda, a ausência de registros de dados dos atendimentos nas unidades básicas de saúde do interior para a série histórica de 2015 a 2017, sobretudo para o ano de 2017, ano com maior registro de atendimentos no geral.

Os dados sobre atendimentos de estrangeiros, conforme dados do SAME somente são registrados, em sua maioria, a partir de 2016 e com maior amplitude dos dados desde 2017. É possível verificar a maior contribuição dos serviços de saúde representados pelas unidades básicas de saúde para o município de Boa Vista. No Hospital Geral de Roraima foram atendidos 9.512 venezuelanos entre os anos de 2014 a 2017, sendo 396 em 2014, 642 em 2015, 2.042 em 2016 e 6.432 em 2017.

Tais informações comprovam a afirmação de que o aumento nos atendimentos a venezuelanos acompanhou o aumento do fluxo migratório destes estrangeiros. O Hospital Nossa Senhora de Nazaré – HMI, por seu turno, apresenta um total de 4.551 atendimentos de venezuelanas, sendo 370 em 2014, 481 em 2015, 1.244 em 2016 e 2.456 em 2017. Um aumento considerável de atendimentos.

Destaca-se também o município de Pacaraima com o registro dos atendimentos desde 2015 representados pelos atendimentos a imigrantes venezuelanos prestados pela unidade hospitalar Délio de Oliveira Tupinambá – HDOT. Em 2015 foram 1.941 atendimentos, em 2016 3.652, em 2017 5.212, perfazendo um total de 10.815. Reforçamos que o fluxo de venezuelanos tem pressionado ainda mais o sistema público de saúde de Roraima.

Figura 7– Atendimentos a venezuelanos nos hospitais e unidades básicas de saúde do estado de Roraima, 2017.



Fonte: SAME – Boletim Epidemiológico nº 03 – março/2018.

Em relação ao resultado dos atendimentos mensais a venezuelanos nos hospitais e unidades básicas de saúde de todos os municípios do estado de

Roraima para o ano de 2017, verificamos, na figura 7, um aumento gradativo no número de atendimentos ao longo do ano, com maior registro em números absolutos de atendimentos a partir dos meses de agosto até dezembro, representando cerca de 58%. Isso demonstra que os atendimentos aumentaram à medida que aumentou o número de venezuelanos que buscaram refúgio no Brasil.

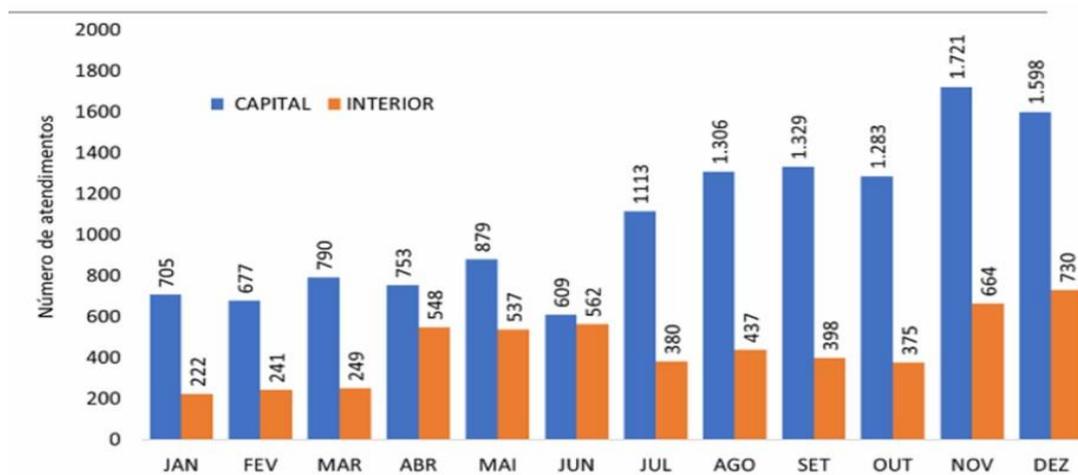
Figura 8 – Atendimentos a imigrantes venezuelanos nas unidades básicas de saúde do interior e de Boa Vista.



Fonte: SAME – Boletim Epidemiológico nº 03 – março/2018.

A figura 8 apresenta a comparação entre os atendimentos a imigrantes venezuelanos nas unidades básicas de saúde do interior e de Boa Vista no ano de 2017. Verifica-se que o atendimento em unidades básicas é reportado majoritariamente em Boa Vista.

Figura 9 – Atendimentos a imigrantes venezuelanos nos hospitais do interior e de Boa Vista em 2017.

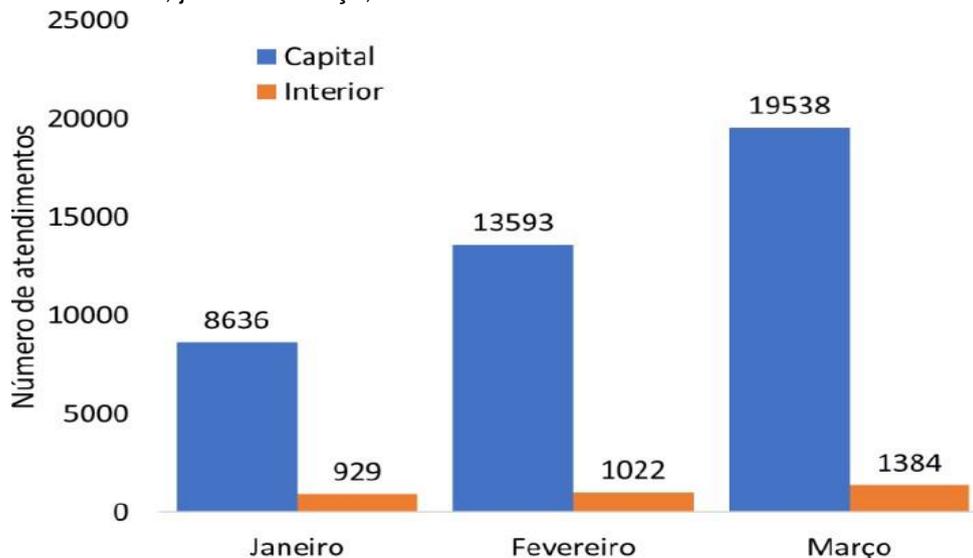


Fonte: SAME – Boletim Epidemiológico nº 03 – março/2018.

A Figura 9 caracteriza a porta de entrada no sistema e apresenta os atendimentos de imigrantes venezuelanos nos hospitais do interior e de Boa Vista em 2017. Nos hospitais, o número de atendimentos é mais expressivo em comparação àqueles realizados em unidades básicas de saúde do interior do estado. Observa-se um incremento no número de atendimentos ao longo do ano, tanto na capital quanto no interior do estado e não se pode desconsiderar que a baixa capacidade tecnológica encontrada nos serviços de saúde do interior, somadas à não regionalização e não hierarquização do SUS em Roraima interferem diretamente no local de atendimento da necessidade de saúde.

De janeiro a junho de 2018, foram computados 111.060 atendimentos aos imigrantes nas unidades de saúde, destes, 40,61% foram no 1º trimestre e 59,39% no 2º trimestre. Comparando o número de atendimentos entre os trimestres, observa-se que no primeiro trimestre de 2018 tiveram 45.102 atendimentos a imigrantes, e no segundo trimestre, houve um incremento de 45% em relação ao trimestre anterior, correspondendo a mais de 20 mil atendimentos. Os dados demonstram o quanto é necessário que os profissionais da saúde estejam cada vez mais preparados para o aumento da demanda e a sobrecarga de atividade. Além disso, os gestores devem ser capacitados para fazer a leitura correta do momento em que nos encontramos para que atue de maneira adequada, seja na aplicação correta dos recursos ou na compreensão e no desenvolvimento pleno de suas atividades.

Figura 10 – Comparativo dos atendimentos a imigrantes na capital Boa Vista e nos municípios do interior do Estado, janeiro a março, 2018.



Fonte: SAME – Boletim Epidemiológico nº 03 – março/2018.

Informações da SESAU/RR apontam que por se tratar do maior município do estado e onde se situam os principais hospitais públicos, Boa Vista foi responsável por 94% dos atendimentos aos imigrantes (Figura 10), distribuídos entre atenção básica e atenção hospitalar. Observamos que a alimentação adequada dos dados no sistema de informação do SUS para a leitura, a situação contribui para que recursos não sejam desperdiçados e para que o Governo Federal tenha a noção do que o fenômeno da migração intensa está ocasionando aos serviços públicos de saúde em Roraima. É certo que é direito de todas as pessoas, independente da nacionalidade serem atendidas, mas é mais do que justo que o aumento dos recursos acompanhe a demanda.

Tabela 1 – Atendimentos a imigrantes por município e unidades de saúde, Roraima

	Unidade de Saúde	ABRIL	MAIO	JUNHO	TOTAL
Boa Vista	CAPS			5	5
	CERNUTRI		13	15	28
	CEPCOM	41			41
	Hospital Geral de Roraima - HGR	1.652	1.953	1.915	5.520
	Hospital Nossa Senhora de Nazaré - HMI	334	371	381	1.086
	Pronto Atendimento Cosme e Silva	1.289	2.092	1.756	5.137
	Hospital da Criança Santo Antônio (Internação)	12	39	35	86
Alto Alegre	Unidades Básicas de Saúde	17.263	17.025	15.732	50.020
	Hospital Epitácio de Andrade de Lucena e Unidade Mista de Bom Samaritano	39	51	35	125
Amajari	Centro de Saúde Jair da Silva Mota	59	50	47	156
Bonfim	Hospital Pedro Álvaro Rodrigues	71	155	68	294
Caracaraí	Hospital de Caracaraí Irma Aquilina	15	12	6	33
Caroebe	Unidade de Saúde de Caroebe	17	24	25	66
Iracema	Unidade Mista Irma Camila	4			4
Mucajá	Hospital Estadual Vereador José Guedes Catão	44	58	128	230
Normandia	Unidade Mista Ruth Quitéria	2	3	7	12
Pacaraima	Hospital Délio de Oliveira Tupinambá – HDOT	865	905	1.031	2.801
Rorainópolis	Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Sousa Pinto	62			62
São João da Baliza	Unidade Mista São João da Baliza e Unidade Básica João Maia	30	26	18	74
São Luiz	Hospital Francisco Ricardo de Macedo	5	12	17	34
Uiramutã	Unidade Mista de Saúde Claudio Pereira da Silva	37			37
TOTAL		21.870	22.840	21.248	68.958

Fonte: SAME – Boletim Epidemiológico nº 038 – outubro/2018.

A **Tabela 1** apresenta o número de atendimentos aos imigrantes do estado de Roraima entre os meses de abril e junho de 2018 nas unidades de saúde e traz uma série de meses sem a devida informação, que não foram enviadas pelos serviços para que fossem notificadas e evidenciam a fragilidade do instrumento. Verifica-se o maior quantitativo de atendimentos nos serviços de saúde das unidades básicas do município de Boa Vista (75,83%), onde prioritariamente o atendimento a venezuelanos está acontecendo, seguido dos atendimentos no Hospital Geral de Roraima (8,35%) e Pronto Atendimento Cosme e Silva (7,78%). Destacam-se, também, os atendimentos realizados no município de Pacaraima, fronteira com a Venezuela.

Os serviços de saúde em Boa Vista, capital do Estado, realizaram 62.030 atendimentos aos imigrantes no segundo trimestre de 2018. Esses atendimentos foram realizados nas Unidades Básicas de Saúde, Hospitais e Unidades de Pronto Atendimento/Pronto Socorro e Unidades Especializadas. Juntas, essas unidades realizaram 94% do total de atendimentos. Verificou-se que estes ocorreram em maior número na Atenção Básica à Saúde [50.020 (80,6%)], seguido dos atendimentos realizados no Hospital Geral de Roraima (pronto atendimento e internação) [n= 5.520 (8,8%)], Pronto Atendimento Cosme Silva [n= 5.137 (8,3%)] e Hospital Materno Infantil [n= 1.086 (1,7%)]. As unidades de atendimentos especializados (CEPCOM, Laboratório, CAPS, CERNUTRI) receberam 181 imigrantes, que correspondem a 0,29% do total dos atendimentos.

Deste modo, observamos que os eventos críticos marcam essa fase pela qual passa o estado de Roraima, com sua saúde fragilizada e a necessidade de prestar atendimento a todos, como propala a nossa Constituição, mas esbarra em problemas de gestão dos recursos, falta de investimentos específicos e em conformidade com a realidade vivenciada em Roraima. Ao direcionarmos a reflexão somente para os números, demonstra-se o quão perceptível é o aumento dos atendimentos, mas se acompanharmos situações *in loco*, seja em UBS ou hospitais a percepção vai além, pois muitos brasileiros se sentem negligenciados em detrimento dos atendimentos aos venezuelanos.

3 GESTORES DA SAÚDE PÚBLICA EM RORAIMA

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os dados relacionados à gestão da saúde pública em Roraima e a atuação do Projeto de Formação da Rede Colaborativa para fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, por meio da análise dos relatórios. O pesquisador é um dos membros da Rede Colaborativa e atuou como apoiador desta rede. As atividades ocorreram entre os anos de 2017 e 2018. As informações serão apresentadas e analisadas com o intuito de saber como as atividades colaboraram na formação dos gestores municipais e a partir disso, como é possível modificar as práticas dos gestores em saúde, de forma que proporcione uma melhor aplicação dos recursos do SUS e o desenvolvimento efetivo das ações de saúde em todos os municípios do estado de Roraima.

Realizou-se reunião com o vice-presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e houve uma consultoriade como agir a partir dos problemas cotidianos do COSEMS/RR, a partir das fragilidades financeiras e da falta de articulação com o sistema nacional. O resultado desta atividade foi a participação de todos os secretários municipais de saúde no XXXIII Congresso do CONASEMS e o consequente apoio à capacitação dos gestores municipais.

Dentre as atividades desenvolvidas com o intuito de colaborar com o desenvolvimento das gestões municipais de saúde observou-se que a realização da Oficina de apoiadores da Rede Colaborativa teve como resultados: participação dos gestores na oficina da Rede Colaborativa; aprendizado com as experiências de outros estados que não estão no Norte; clareza nos papéis do apoiador; celebração de acordos para conduzir melhor o trabalho no território; garantia do envio de 3 ambulâncias, sendo uma na versão 4x4 para atender a necessidade do município de Uiramutã, 3 gabinetes de consultório odontológico e 3 academias da saúde, além da solução de pendências, falta de documentação e de dados, de projetos que estavam travados no Siconv.

Observou-se que a falta de suporte financeiro institucionalizado, como diárias e transporte, por meio do COSEMS, afastava os Secretários Municipais de Saúde das atividades formativas do Conselho. No entanto, destaca-se a

participação em Audiência Pública para organização da saúde Mental do Estado e o Mapeamento das necessidades dos Gestores em Saúde em outubro de 2017. As realizações, por um lado, propiciaram o contato com pessoas que fazem a saúde no estado de Roraima e conhecimento de parte da realidade e, por outro lado, contribuíram para um levantamento dos dados, fase esta que antecede a estruturação da nossa Educação Permanente (EP). A realização do mapeamento das necessidades dos gestores em saúde, como a territorialização, faz parte do escopo da EP e garante um uso desse instrumento de forma mais qualitativa e eficiente.

O que se pode observar é que um dos desafios centrais do COSEMS/RR é a construção de estratégias que tornem a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) um trabalho vivo em ato (MERHY e FRANCO, 2006) participativo e qualificado. Diante disso, percebe-se um conjunto de atividades desafiadoras e de encaminhamentos marcantes (formação, consultoria e apoio técnico) para melhoria da gestão da saúde nos municípios de Roraima.

Realizou-se a oficina de acolhimento dos gestores municipais como parte das atividades formativas do COSEMS em janeiro de 2018. Neste contexto, foram montadas estratégias para apresentar a realidade dos municípios sem que nenhum gestor pudesse ser apontado como melhor ou pior, a partir de uma solicitação dos gestores municipais. Ademais, contamos com a participação da equipe do CONASEMS de Brasília, da coordenadora Regional do Projeto Rede Colaborativa e das Técnicas do COSEMS do Paraná, que fortaleceu as atividades com os secretários.

Foram realizadas atividades para capacitar os gestores municipais, com 100% de participação. Neste sentido, foi traçado um plano para apresentar a ação estratégica no território para os gestores, na possibilidade de fazer crescer a Educação Permanente local, tendo em vista a necessidade de sensibilizá-los. Como também, a indicação de um possível calendário para formação (com uma parceria nacional articulada com o presidente do CONASEMS) sobre instrumentos de gestão, com a possibilidade de se qualificar adequadamente os gestores em saúde.

Em continuidade, durante todo o primeiro semestre de 2018 foram realizadas viagens aos municípios para recolhimento dos instrumentos de

gestão “*in loco*” (PPA – Programação Plurianual e PAS – Plano Anual de Saúde), visto que todos os secretários foram capacitados para preencher este instrumento. A atividade teve sucesso parcial, levando em consideração que alguns municípios não entregaram e outros entregaram parcialmente, mostrando a fragilidade dos gestores em construir instrumentos de gestão que colaborem e reflitam sobre os processos de saúde vivenciados pelos municípios.

O COSEMS realizou um mapeamento das necessidades dos Gestores em Saúde, dentre elas destaca-se a ampliação do financiamento do recurso público, por meio de repasse fundo a fundo do MS diretamente para os municípios, relacionado aos custos de acesso da população migrante. Com isso, após a apresentação do estudo realizado em todos os municípios do Estado de Roraima, percebeu-se que as fragilidades apresentadas geraram inquietações, no sentido da exposição das fragilidades das equipes gestoras.

Percebe-se também, que apesar da existência de frequentes demandas de solicitações de ampliações de recursos, junto ao MS, o planejamento das ações dos municípios relacionados a estes custos não aparecem nos instrumentos de gestão, como o PPA – Plano Plurianual e PAS – Plano Anual de Saúde entre os anos de 2017 e 2018.

O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – que congrega os secretários de estado da Saúde –, em janeiro de 2006, aprovaram na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) o Pacto pela Saúde (Brasil, MS, 2006; série Pactos, vol. 1), também aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 09 de fevereiro de 2006. A reunião da CIT, iniciando este processo, definiu os sete eixos que deveriam nortear a discussão das diretrizes e das responsabilidades dentro do Pacto pela Saúde, quais sejam: Responsabilização sanitária; Regionalização; Planejamento, programação e avaliação; Financiamento; Regulação e normatização; Gestão do trabalho e da educação; Gestão participativa. As ações deste Pacto ensejam a necessidade de políticas públicas na área de saúde.

A Regionalização Solidária e Cooperativa (BRASIL/MS, 2009) foi assumida como eixo estratégico e transversal aos demais eixos, devendo orientar as propostas construídas em cada área. A decisão partia do consenso

entre os atores de que era preciso desenvolver estratégias que respeitassem a diversidade territorial brasileira e que pudessem facilitar a implantação do SUS em cada espaço e conforme suas necessidades.

O caderno do MS sobre Regionalização (BRASIL/MS, 2009, p. 38) enfatiza que a regionalização da Saúde foi assumida, no Pacto, “enquanto o processo de organização de uma rede regionalizada de atenção à saúde numa determinada região, visando à universalidade do acesso, à equidade, à integralidade e à resolutividade das ações e serviços de saúde”. Os seguintes pressupostos orientaram a construção da proposta: territorialização; flexibilidade; cogestão e cooperação técnica; financiamento solidário tripartite; subsidiariedade; contratualização; participação social.

Ainda no ano de 2017 aconteceu uma série de reuniões que fortaleceram a ampliação das atividades do COSEMS: reuniões de Articulação para integração do trabalho de Apoio no Estado; reunião de planejamento mensal; Participação das reuniões CIB, COSEMS. Ademais, foi feito um trabalho de monitoramento e avaliação do trabalho de apoio local, deste modo houve a melhoria na qualidade das ações, desenvolvimentos e aprimoramento do apoio aos gestores.

Outra importante atividade realizada foi a participação na discussão sobre a agenda Brasil/Venezuela. A ação objetivou conhecer as atividades realizadas pelo Brasil para a questão da migração de estrangeiros e trouxe conhecimento da realidade e projeção de atividades para atender o aumento da demanda por saúde em todos os municípios. Como já observado, os municípios precisam colocar em seus instrumentos de gestão a necessidade de recursos voltados ao atendimento dos imigrantes.

Foram realizados assessoramentos pelo COSEMS, durante todas as visitas no 1º semestre de 2018, como: apoio técnico, esclarecimentos, orientação na elaboração de projetos, aos secretários municipais de saúde, voltados para a aquisição de ambulância tipo A e transporte sanitário. As ações resultaram na aquisição de ambulância para alguns municípios. Foi feito também um estudo para viabilidade de repasses municipais para financiamento do COSEMS-RR, o que resultou no apoio de parte dos municípios, dando melhor capacidade

financeira ao Conselho a partir do estudo do uso do teto do recurso da média e alta complexidade, o qual está sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

Dentro do que foi observado, o trabalho dos apoiadores tem grande influência nas atividades dos gestores. Deste modo, entre os desafios de produzir e executar uma educação permanente que revele e facilite processos, foram produzidos espaços de aprendizagem a partir da demanda dos gestores, por exemplo, a articulação de uma oficina com atores nacionais para fazer a formação dos gestores e colaboradores em instrumentos de gestão. Além disso, foi executada a construção de um olhar da EP para dentro do próprio trabalho desenvolvido pelo apoio. A coordenação estadual do projeto da Rede Colaborativa fez algumas reuniões com o apoio no sentido de orientar sobre os deveres do apoio e como aprimorar o trabalho que já vem sendo desenvolvido no território, para assim beneficiar ainda mais os gestores e conseqüentemente os municípios.

Percebe-se no trabalho da Rede Colaborativa uma série de agendas para desenvolvimento de EP no próprio apoio e para os gestores. Foram identificadas fragilidades nos instrumentos, dentre elas a falta de leitura concreta da realidade, pois os dados e informações práticas e estruturais, que eram colocados nas planilhas ou nas respostas não aconteciam na gestão da saúde do município e o não aparecimento de ações em saúde, que considerem atividades relacionadas aos migrantes demonstra a fragilidade do instrumento. Para vencer tal demanda foram propostas capacitações, monitoramento e avaliação junto aos gestores, isto porque é necessária e urgente para colaborar com a melhoria dos nossos atuais indicadores de saúde.

Diante disso, reforça-se que os colegiados de gestão e acompanhamento da saúde (BRASIL, MS, 2009; vol.1) deveriam, portanto, ser assumidos pelos gestores como espaços de decisão a ser encaminhada por meio da identificação, definição das prioridades e pactuação de soluções adequadas à organização das redes regionais, envolvendo ações e serviços integrais e resolutivos de atenção à Saúde. Porém, a tomada de decisão em colegiados ainda é bastante frágil e pouco observada no estado de Roraima.

No espaço do apoio, participamos de um conjunto de reuniões em 2017, que resultaram na judicialização da Secretaria do Estado da Saúde (SESAU) em

relação à retenção de recursos da saúde, que deveriam ser repassados aos municípios. A resposta a esta ação ainda tramita no judiciário. A partir da reunião da pesquisa Comissão Intergestores Regionais (CIR) da Fiocruz, que resultou em acordos para realização de pesquisas sobre a saúde dos indígenas de Roraima, voltadas ao contexto local, conforme suas especificidades.

Com objetivo de ampliar os conhecimentos dos gestores em saúde de Roraima, eles são estimulados a participar da Pré-CIB e da CIB em reunião mensal do COSEMS-RR. Além disso, foi executada uma oficina sobre instrumentos de gestão, voltada à qualificação dos gestores em saúde, de maneira que puderam compreender ampliar a sua formação. Ainda nesta direção, eles foram inscritos em curso de EaD para qualificação de gestores em saúde, com participação de 100% dos gestores de Roraima.

Bertussi (2010) problematiza a necessidade da produção permanente de uma “caixa de ferramentas” a ser utilizada pelo apoiador no trabalho de potencialização das gestões municipais, de forma a produzir inovação e criatividade no enfrentamento das dificuldades cotidianas da gestão. Trata-se, portanto, de uma proposta de apoio que aposta no encontro e nas produções permanentes resultantes desta atuação.

Em se tratando do papel do apoiador aqui observado, voltado à questão da gestão em saúde, Wagner (2003) discute o que seria o apoio, problematiza a histórica separação entre os que têm funções de comando e aqueles que executam tarefas; entre o sujeito do conhecimento e o objeto a ser conhecido. Reforça, ainda, a importância de o processo de apoio considerar que as relações se dão entre sujeitos, e que o apoio Paideia se coloca como um “modo interativo que reconhece a diferença de papéis, de poder, de conhecimento; mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais” (p. 86). Assume que o apoio Paideia pressupõe algum tipo de cogestão; trabalha com a ideia do apoio como algo externo ao grupo. O apoiador sustenta e empurra; e é sustentado e empurrado. “Tudo misturado e ao mesmo tempo” (p. 87).

O início dos trabalhos de 2018 aconteceu com uma reunião junto à coordenação do Setor de Apoio do NEMS, onde foram traçadas linhas comuns de ação e estabelecidas parcerias nas atividades comuns previstas com objetivo

de otimizar recursos e ampliar o ângulo de atuação. Aconteceu uma oficina com o intuito de apoiar de atividade voltada aos povos indígenas. Ela tratou do Incentivo e regulamentação para Atenção Especializada aos povos indígenas - IAE-PI, Portaria Ministerial de Nº 2.663 de 11 de Outubro de 2017. Neste evento a equipe do projeto preparou a apresentação do COSEMS da realidade da atenção dispensada aos indígenas no Estado, que também recebeu um incremento de imigrantes, principalmente das etnias Warao e Pemon. Desta forma, há a demonstração da capacidade instalada de Rede de Atenção e que o trabalho para construção dos Planos de Ação Municipais para utilização do Incentivo deve contemplar as questões indígenas, pois também são impactadas com a imigração.

Em prosseguimento das atividades, aconteceu a capacitação de médicos do programa Mais Médicos, a partir de uma Articulação junto ao Departamento Nacional de IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais para a capacitação em Manejo Clínico e Abordagem Síndrômica para os médicos do Programa Mais Médicos chegados ao Brasil, destinados a trabalharem nos Municípios, atendendo a solicitação dos gestores na última Pré-CIB em dezembro 2017.

Foi realizada a assinatura do Plano Interfederativo de Apoio à Migração Venezuelana, que tem o objetivo de orientar e organizar uma resposta adequada do SUS para atendimento da população residente e migrante no Estado de Roraima, assim como preconiza os direitos constitucionais do migrante e do refugiado, garantindo o acesso ao sistema de forma universal.

As gestões municipais de saúde apresentam um problema grave que são as constantes alternâncias de gestores. Como exemplo, o Município de Cantá, realizou 05 (cinco) trocas de secretários de saúde em 01(um) ano, assim como dos membros do Conselho Municipal de Saúde. O Presidente do COSEMS procurou os apoiadores para orientações acerca dos instrumentos de gestão e pactuou uma agenda de trabalho, de forma que o apoiador possa auxiliá-los com mais precisão.

Débora Bertussi (2010) faz um apanhado analítico das muitas formas de apoio que pode ajudar a quem se interessa por este tema. Em seu estudo, ela apresenta o apoio como sendo o entre-lugar, ressaltando sua constituição em relação:

O apoiador é fundamental no entre-lugar, pois o apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde; apoiador e equipe de gestão; entre profissões, saberes e desejos, mobilizando distintas ofertas relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado e reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado (BERTUSSI, 2010, p. 216).

O que se observa na pesquisa é a importância do trabalho do apoiador para o desenvolvimento adequado das gestões municipais de saúde. Ele é um articulador das ações e apoiador das atividades dos municípios.

Em continuidade dos trabalhos, foram realizadas reuniões em que a primeira foi com a equipe do Projeto Rede Colaborativa, Secretário Executivo e o Presidente do COSEMS, na qual este último apresentou as demandas prioritárias para os municípios e para a equipe de Apoio, entre elas: a Capacitação sobre Sistema de Informação, planejamento e Auditoria para os profissionais que gerenciam os Sistemas nos Municípios; assessoramento em Agenda Comum aos gestores para visita ao Ministério da Saúde, viabilização da documentação para proposta de repasse do fundo nacional para o fundo municipal do recurso do CAPS.

Já na segunda reunião do COSEMS foram tratados assuntos referentes à falta de repasse de recursos financeiros por parte do Estado do SAMU, Assistência Farmacêutica, CAPS e aumento da cota de combustível repassada aos Municípios para ações de endemias e outros agravos de que necessite para realização de ações de prevenção e promoção da Saúde, os instrumentos de gestão, visita dos gestores a Brasília, solicitação de reunião junto à SESA/RR para revisão do Regimento Interno da CIB e informes referente à dinâmica processual de trabalho do COSEMS/RR.

A execução do Plano Integrado de Ação para a Saúde (Migração Venezuelana) foi uma das ações do início do ano de 2018. O plano serve para orientar e organizar uma resposta oportuna do setor saúde frente ao fluxo migratório, onde há vários representantes de entidades governamentais e não governamentais entre os três entes-federados. Há uma Constância de reuniões, visitas aos Abrigos e acompanhamento das ações previstas, com vistas a minimizar a situação, traçar e executar ações estratégicas no enfrentamento do

fenômeno para diminuir os impactos na Saúde Pública. Os acompanhamentos estão sendo feitos, mas as respostas positivas ainda não estão claras.

Foram realizadas capacitações, com uma Oficina, para tratar de Capacitação em IST/HIV/Aids e Hepatites Virais. A oficina adveio da demanda dos gestores em reuniões anteriores e contou com a participação de Representantes do MS; Coordenador e técnicos da Coordenação Estadual de DST/HIV/Aids; Coordenador e técnicos da Coordenação Municipal de DST/HIV/Aids; Técnicos do COSEMS e presidente; Representantes e Profissionais da Rede de Cuidado do HIV/AIDS e Hepatites Virais e Profissionais do DSEI Leste e Yanomami. Neste sentido, houve uma discussão sobre os impactos da migração na saúde e para isso seria montado um plano, como veremos adiante.

Foi realizada a apresentação do plano de emergências em função da situação migratória, no primeiro semestre de 2018, que tinha como objetivos: I – Realização de censo epidemiológico com os imigrantes indígenas, não indígenas no estado de Roraima. Neste sentido, sabemos que o monitoramento epidemiológico é um importante instrumento para guiar a vigilância dos casos de notificação e tomada de decisão, bem como para planejamento estratégico das ações de saúde voltadas ao controle dos agravos no Estado; II – Capacitação dos Gestores, Profissionais da Saúde, Segurança e Defesa Civil para atender a população em situação de rua e em Gestão de Emergência em Saúde. Em razão da situação migratória, várias e novas demandas de trabalho e epidemia se apresentam diariamente, na qual o Secretário Estadual de Saúde discutiu e acordou os assuntos a serem apresentados na CIB. Iniciou com apresentação do Plano de Emergências em Saúde-Imigração em massa pela Defesa Civil e Instituições de ensino.

O COSEMS/RR foi convocado a participar das fases de elaboração do plano de emergências, como apoio a todo o trabalho, visto que está diretamente ligado aos Municípios. Foram debatidos entre gestores municipais e o Estadual, assuntos referentes à Campanha de vacina de Enfrentamento ao Sarampo, a inserção de mais Municípios no Plano de Integração das Ações para a migração venezuelana, a adesão de mais médicos pelo Programa Mais Médico e distribuição do Incentivo Financeiro de IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais. Com

isso, houve a pactuação dos acordos já firmados, com necessidades de atribuir critérios operacionais como o fenômeno da migração para que possa incluir Municípios que estão à margem da BR-174, que segue a rota dos venezuelanos. Houve ainda reuniões para tratar da Campanha de Enfrentamento ao Sarampo em Roraima, que desde 2016 foi montado em Pacaraima, município na fronteira com a Venezuela, um posto de vacinação para atender os imigrantes do país vizinho. Ação esta que evoluiu para um monitoramento em relação a possíveis agravos que podem adentrar ao Estado. Estrutura esta que evoluiu para fazer uma espécie de triagem dos estrangeiros que cruzarem a fronteira, verificando pessoas com sintomas de doenças e outras rotinas de vigilância epidemiológica.

A Secretaria Estadual de Saúde e o Município de Pacaraima coordenam uma Sala de Situação Migratória, com o envolvimento de um elenco grande de atores sociais que visa o interesse no controle desse quadro e evita os maiores impactos na saúde. Nela são monitorados não apenas os casos de sarampo, como de outras doenças que também preocupam, como a malária, a febre amarela e a difteria, esta última com vários registros na Venezuela.

Os Territórios municipais do Estado de Roraima, conforme indicações dos relatórios dos apoiadores, vivem situações complexas em decorrência do fenômeno da migração, onde se sabe que estes fluxos migratórios são desencadeados no mundo por diversos fatores como: econômicos, culturais, religiosos, esgotamento de recursos naturais e de postos de trabalho, desastres naturais, guerras, etc. Neste caso, foram desencadeados por fatores econômicos e políticos enfrentados pela Venezuela que ocasionou uma migração que vem acontecendo desde 2015, mas em 2017 e 2018 houve um aumento, atingindo todas as políticas sociais, no estado, com foco à Saúde e Assistência Social, tornando-se pano de fundo de nossas atividades. E nestes tempos as negociações e articulações para seu enfrentamento tem sido uma constante, pois em todas as áreas estão sendo afetadas e as forças tarefas estabelecidas têm sido importante ferramenta para o momento, neste contexto a equipe do Projeto Rede Colaborativa fez parte dos Grupos de Trabalho, demandas de planejamento, avaliação e com participação efetiva nas frentes de

trabalho junto às equipes municipais para o enfrentamento diante das ações de necessidade de saúde relacionadas à migração.

A reunião com o departamento de planejamento da SESAU que tratou das ações de monitoramento dos Planos Municipais de Saúde, onde se concluiu que serão realizadas as oficinas Regionais para conclusão desta atividade, visto que pelo último levantamento feito os Municípios ainda não haviam postado seus relatórios no Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS), revelando descontinuidade dos compromissos firmados.

Para continuar as atividades, houve o planejamento das capacitações para os profissionais da saúde. Como resultados foram apontados os seguintes cursos: Curso de Manejo Clínico em IST/HIV/AIDS; Público Alvo: Médicos, enfermeiros e farmacêutico-bioquímico dos Municípios de Boa Vista, Amajari e Pacaraima; número de participantes: 32. A Oficina dos 05 Passos; público alvo: Coordenadores Municipais de IST/AIDS dos 14 municípios do interior que possuem e dos outros que não possuem o coordenador da Atenção Básica; número de Participantes: 34. A relevância destas atividades é devido à adesão dos gestores para ampliar sua capacidade de atuação em seus municípios, de modo a atender qualificadamente todos, considerando o incremento migratório, que culminou na descentralização do antirretroviral e teste rápido dos agravos para os 15 municípios.

A partir da demanda de fechamento do Relatório de Gestão-RAG dos municípios, o Projeto Rede Colaborativa contribuiu, principalmente na avaliação dos indicadores do SISPACTO, intervindo junto às áreas técnicas de saúde do Estado e Municípios, tendo como resultado que na Região Norte de Roraima 65% dos Municípios conseguiram postar seus relatórios no sistema e na Região Sul somente 14,28%, que corresponde a 1 município.

Para melhor compreensão, conforme dados do MS (BRASIL, 2018), o SISPACTO é um instrumento virtual de preenchimento e registro da pactuação de prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Saúde. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo

tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. No SISPACTO as informações são transmitidas de modo online, de forma que seja garantido o cumprimento dos acordos das metas a serem atingidas anualmente, bem como torna mais ágil a transmissão das informações.

Diante da situação do Sarampo os gestores municipais apontaram como principais dificuldades: não existência de controle sanitário na fronteira (o exército estava organizando para início de maio de 2018); falta de acesso à internet; indisponibilidade de carros (a OPAS mandou duas caminhonetes por município, mas ainda não supre a necessidade); falta de vacinadores; falta de digitadores e falta de combustível.

A equipe da Secretaria Estadual de Saúde até o início do segundo semestre de 2018 não apresentou plano estadual de combate ao sarampo. Neste período também, o Ministério da Saúde não enviou nenhum apoio concreto e segundo os gestores as solicitações são feitas em relatórios diariamente; existem outros possíveis surtos para acontecer como, por exemplo: coqueluche, varicela e difteria, pois os relatórios do site da OPAS já revelam surto na Venezuela desses agravos, assim como um surto em curso de malária, com altos índices relacionados a uma existência dos mais de 5.000 casos (RORAIMA, 2017), que não é apontada oficialmente, pois são oriundas da região de garimpo clandestino, principalmente em terras indígenas, dificultando a atuação do controle epidemiológico por parte das equipes de saúde dos municípios.

Com isso, podemos indicar possíveis fatores que podem gerar aumento da demanda na rede de Saúde:

- Incidência de violência causada pela rejeição de parte da população local aos migrantes (xenofobia);
- Identificação de agravos de saúde erradicados ou não notificados no Brasil (reintrodução do sarampo e difteria);
- Aumento do número de migrantes que buscam assistência à saúde sobrecarregando ainda mais a rede local;

- Ocorrência de desastre natural (enchentes, estiagem etc.) que exijam maior investimento e esforço das gestões no território para a resposta;
- Aumento de pessoas que necessitam da Política de Assistência Social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa descreveu ações, enquanto políticas, da gestão em saúde, em relação ao acesso de estrangeiros aos serviços do SUS na zona de fronteira Brasil/Venezuela nos anos de 2017 e 2018. Além disso, foram analisadas as ações dos Gestores do SUS sobre a saúde na Fronteira do extremo Norte do Brasil com informações específicas de Pacaraima e Boa Vista, a partir dos eventos críticos relacionados ao incremento migratório. Foram identificados, por conseguinte, os atendimentos de venezuelanos nas unidades de saúde de Roraima entre os anos de 2017 e 2018. Deste modo, foi observado que o aumento dos atendimentos em saúde acompanhou o crescimento da imigração venezuelana, no entanto, sem o aumento proporcional dos recursos financeiros. Ademais, o trabalho destacou as respostas dos gestores aos problemas percebidos pela migração e as atividades de formação dos gestores em Roraima a partir dos relatórios da Rede Colaborativa do COSEMS/RR.

A gestão da saúde em Roraima não está preparada para atuar de maneira adequada por uma série de motivos, mas o principal é o político. O envolvimento político em questões que deveriam ser de políticas públicas. Isto foi percebido pela intensa rotatividade de gestores da pasta de saúde e a necessidade de alinhamentos políticos para aquisição de recursos federais. Diante do aumento de demanda o caminho é buscar recursos que possam suprir as necessidades básicas para oferta adequada da saúde à população. No caso pesquisado, a busca dos governos estadual e municipais é por emendas parlamentares que possibilitem a alocação de recursos que estão fora daqueles “carimbados” e repassados pelo Governo Federal. Para tanto, os lobbys são feitos junto aos deputados federais e senadores o que, em muitos casos, pode acarretar em dívidas políticas.

Nos anos de 2017 e 2018, propostos nesta pesquisa, lidamos com greves, atrasos em salários, intervenção federal, tentativas de decretação de estado de calamidade, aumento da demanda sem a devida ampliação dos recursos, suspensão por quase três meses da realização de cirurgias eletivas, falta de insumos e medicamentos básicos, situações consideradas por nosso estudo

como eventos críticos. O acesso dos estrangeiros ao SUS, especialmente os venezuelanos, na fronteira Brasil/Venezuela, tratou-se somente de um estopim para uma situação que ainda se encontra fora de controle, em relação aos investimentos na área de saúde e principalmente de gestões que fizeram a saúde se tornar um caos em diversos momentos.

O SIS-Fronteira não está sendo utilizado, pois os municípios fronteiriços descontinuaram a alimentação dos dados, no entanto, poderia ser um potente instrumento de leitura da realidade da faixa de fronteira, de modo a evitar possíveis prejuízos na tomada de decisões dos gestores e na arrecadação de recursos para a saúde. Isto nos leva à compreensão da necessidade de pesquisas que possam esclarecer melhor tal situação, com indicações de possíveis melhorias neste sistema.

Em relação ao Apoiador do COSEMS é necessário considerar que ele pode colaborar com o gestor totalmente imerso nas disputas, pensar em outros modos os cenários que estão sendo vividos, para encontrar novas formas de tratar “por outro ângulo”. Neste sentido, haveria menos problemas e mais negociação. Porém, o mais caro da atuação do apoiador no território não é “ir resolver os problemas”, pois o papel do apoiador não é fazer pelo outro, não é assumir o papel principal, porque o protagonismo precisa ser da equipe, portanto, é necessário criar melhores condições para que os atores locais sejam responsáveis por uma dinâmica regional mais compartilhada e produtiva. Ele também é o elemento fundamental para a efetivação da Educação Permanente dos Gestores em Saúde, tanto por sua articulação para cursos e palestras como pela orientação de busca de ações de formação em plataformas de EaD.

O estudo identificou os seguintes problemas da gestão em saúde em Roraima: o grande rodízio na gestão da saúde dos municípios; a falta de aproveitamento das capacitações oferecidas pelo SUS ou pela SESAU; as indicações políticas para cargos que deveriam ser ocupados por pessoas que entendem da área técnica; o perfil inadequado da maioria dos gestores; o uso incorreto dos instrumentos de gestão; a preocupação exagerada com os recursos e não com as ações e a qualidade delas; a falta de aprimoramento das ações de prevenção à saúde; o déficit na rede de frios e imunização e a baixa efetividade dos instrumentos de gestão e das instâncias deliberativas.

Diante deste contexto, apontamos algumas ações que podem contribuir para a melhoria das gestões em saúde: criação de instrumentos legais de comprovação de que as capacitações surtiram efeitos práticos no cotidiano da saúde; ampliação das capacitações tornando-as permanentes e disponíveis em plataformas de EaD; criação de avaliações semestrais para verificação e monitoramento da aplicação dos recursos; avaliação quadrimestral de indicadores epidemiológicos; propor aos municípios a criação de leis e portarias que estabeleçam critérios para escolha dos secretários de saúde e da sua equipe de gestão.

Desse modo, houve dificuldades na execução da pesquisa, mas foram vencidas, como por exemplo, a fragilidade das respostas aos agravos na compreensão e análise dos relatórios dos apoiadores. No entanto, as adequações metodológicas neutralizaram os impasses com a inclusão de mais informações retiradas de noticiários e documentos das políticas públicas de saúde, que revelam, em parte, os posicionamentos dos gestores do SUS.

Com vistas à melhoria da análise dos dados epidemiológicos do estado de Roraima faz-se necessária uma atualização do cadastro dos usuários no cartão SUS, em razão da necessidade de caracterizar a população nativa e migrante para que estes números subsidiem o planejamento, a tomada de decisão e a realização de ações para a nova configuração de população no estado de Roraima. Com isso, a gestão em saúde tornar-se-á factível e os gestores terão a possibilidade de tomar decisão e solicitar recursos a partir do número atual da população existente no território.

A dissertação, por ser parte de um mestrado profissional, traz um produto, que foi resultado das análises, das discussões e das vivências ao longo dos estudos e da nossa carreira profissional. Assim, será repassada a um parlamentar e enviada à Presidência da República um **Projeto de Lei**, com o seguinte teor: O PL tratará do repasse dos fundos utilizados com atenção à saúde dos migrantes. Isto porque, o entendimento é de que não pode ser de responsabilidade do município financiar a saúde na fronteira. Neste sentido, a justificativa para que a Lei seja aprovada é a demonstração de que o financiamento do Sistema Único de Saúde Brasileiro acontece por meio de contagem populacional “per capita”, condicionando o valor dos repasses

financeiros para cuidados à saúde a partir da quantidade de habitantes de cada município do Brasil, logo, inevitavelmente, as cidades que congregam fronteiras são desprivilegiadas e prejudicadas. Assim, torna-se inviável prestar serviços de qualidade ao usuário do SUS, pois todos os países do Mercosul, que fazem fronteira com o território nacional, em razão de acordos internacionais, utilizam a rede SUS. Para tanto, o repasse acontecerá Fundo a Fundo, do Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde e será, obrigatoriamente, indicada a utilização do **SIS-fronteira** (em desuso desde 2014), para a captação das informações sobre os atendimentos e os procedimentos realizados com estrangeiros em zona de fronteira. Essa quantificação deverá gerar um redimensionamento da distribuição do repasse da saúde, tendo em vista que existe uma grande quantidade de atendimentos realizados a estrangeiros sem o seu devido repasse financeiro.

ANEXO I**RELATÓRIO CONCLUSIVO****1) IDENTIFICAÇÃO**

INTERESSADOS: MUNICÍPIOS FRONTEIRIÇOS BRASILEIROS

ORIGEM: RESULTADO DE PESQUISA DO MESTRADO PROFISSIONALIZANTE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFRR. ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE E DIVERSIDADE SOCIOCULTURAL NA AMAZÔNIA.

2) AVALIAÇÃO

SITUAÇÃO ATUAL: O financiamento do Sistema Único de Saúde Brasileiro é através de contagem populacional “per capita”, condicionando o valor dos repasses financeiros para cuidados à saúde a partir da quantidade de habitantes de cada município do Brasil, logo, inevitavelmente, as cidades que congregam fronteiras são desprivilegiadas. Assim, tornado inviável prestação de serviços de qualidade ao usuário do SUS, pois todos os países do Mercosul que fazem fronteira com o território nacional utilizam a rede SUS;

SITUAÇÃO DESEJADA: Acesso universal e equânime ao SUS em região de fronteira, sem distinção geográfica para financiamento a partir da análise da necessidade real do território;

INDICAÇÃO: utilização do SIS-fronteira (em desuso desde 2014) para a captação da informação sobre os atendimentos e procedimentos realizados com estrangeiros em zona de fronteira. Essa quantificação deverá gerar um redimensionamento da distribuição do repasse da saúde tendo em vista que existe uma grande quantidade de atendimentos realizados a estrangeiros em municípios de fronteira sem repassasse financeiro. AO CONGRESSO NACIONAL,

À PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA,

AO MINISTÉRIO DA SAÚDE,

À CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS

Encaminho o parecer conclusivo para o prosseguimento dos trâmites.

Atenciosamente,

NOME: Lincoln Costa Valença

CPF:050.232.224-11

REFERÊNCIAS

AGUSTINI, NOGUEIRA, V. M. R. **A descentralização da política nacional de saúde nos sistemas municipais na linha da fronteira MERCOSUL.** 233-236 p. **Revista Serviço Social**, São Paulo, n. 102, p. 222-243, abr./jun. 2010.

AGUSTINI, J. **A descentralização da política nacional de saúde e sua institucionalidade nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul.** 2008. 231 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/92172/251135.pdf> ?seque Acesso em: 12 fev. 2019.

AZAMBUJA, Darcy. **Teoria geral do Estado.** 4 ed. ver. ampl. e atual. São Paulo: Globo, 2008, p.457. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=yJ96sUg6vIYC&pg=PA56&lpg=PA56&dq=fronteiras+naturais+defini%C3%A7%C3%A3o&source=bl&ots=kxYnU-Vpj&sig=3lumpTUdss1fsV72Q6JeNb_b-QE&hl=pt-BR&sa=X&ved=0CFcQ6AEwCGoVChMInfSJstSMxglVgtKCh3U5QBa#v=onepage&q=fronteiras%20naturais%20defini%C3%A7%C3%A3o&f=false. Acesso em: 23 abr. 2019.

BAUERMAN, César Luiz. **Desafios da saúde na fronteira Brasil/Paraguai: o caso do município Santa Helena no Paraná.** Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Marechal Cândido Rondon, 2014. 64 p.

BERTUSSI, D. C. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde.** Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Riode Janeiro, 2010.

BORBA, Vanderlei. Fronteiras e faixa de fronteira: expansionismo, limites e defesa. **Historiæ**, Rio Verde, v.4, n.2: 59-78, 2013.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 03/02/2018.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Portaria 2.607 de 10 de dezembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especial à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira. Brasília (DF): MS; 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2005 – Uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Acompanhamento do Projeto SISFronteiras. Brasília – dezembro, 2006.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – PDFF. Brasília: Secretaria de Programas Regionais – SPR, 2009, p. 66

BRASIL, Ministério da Saúde. Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Temático Economia da Saúde**. 2ª edição ampliada, Brasília, 2009b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 04 de fevereiro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Rede de Frios. Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BRASIL. Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/MrwzgP>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário Temático Economia da Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 1, v. 1).

BRASIL, Migração Venezuelana em Roraima. Apresentação da Casa Civil, 2018. Disponível em <http://www.casacivil.gov.br/operacao-acolhida/documentos/policia-federal-migracao-em-roraima-17-4-2018>. Acesso em 20/05/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Roraima ganha reforço de R\$ 187 milhões em resposta à Migração**. Disponível em

<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43242-roraima-ganha-reforco-de-r-187-milhoes-em-resposta-a-imigracao>. Acessado em 20/04/2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Informe nº 35, de 9 de janeiro de 2019. Brasília, 2019.

CANINEU, Maria Laura. Venezuela: Crise Humanitária Alastra-se para o Brasil, 2017.

HumanRightsWatch 18/04/2017. Disponível em: <<https://www.hrw.org/pt/news/2017/04/18/302397>> Acesso em: 21 abr. 2019.

CARVALHO, Francisco de Assis Lima. **Atenção à saúde nas cidades fronteiriças de Bonfim e Pacaraima: implementação do SIS-Fronteiras em Roraima** / Francisco de Assis Lima Carvalho. Dissertação – Boa Vista, Procisa, UFRR, 2014.

CASTROGIOVANNI, A. C. **Fronteira: um tema sem limites**. In: COSTA, E. A. da; COSTA, G. V. L. da; OLIVEIRA, M. A. M. de. (Orgs). Estudos Fronteiriços. Campo Grande: Ed. UFMS, 2010. (p. 11-41)

CONASS. **Projeto SIS Fronteiras - Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras**. Nota Técnica | 03 | 2006. Brasília, 20 de março de 2006.

Conselho Nacional de Refugiados (CONARE). **Dados sobre refúgio no Brasil** [Internet]. Brasília: CONARE; 2016 [citado 15 Nov 2016]. Disponível em: <http://www.acnur.org/portugues/recursos/estatisticas/dados-sobre-refugio-no-brasil/>.

DIAS, Luiz J. **O conceito “fronteira” em geografia**. 2013 Disponível em: <http://luizjorgedias.blogspot.com.br/2013/04/o-conceito-de-fronteira-em-geografia.html>. Acesso em: 23 abr. 2019.

DORFMAN, Adriana. Fronteira e contrabando em Santana do Livramento (BR) – Rivieira (UY). **Boletim Gaúcho de Geografia**, 32: 75-92, dez. Rio Grande do Sul: 2007, p.19.

ESCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. 2008. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>. Acesso em 19 de março de 2019.

FERNANDES, Roberto M.S. Adstringências e frinchas entre comerciantes brasileiros e bolivianos numa zona de fronteira: os liames e as desconexões a cerca do estado e do território em Corumbá/MS. **Revista Eletrônica História em Reflexão**. Vol. 8 n.16 – UFGD – Dourados, Jul/Dez – 2014, p.29.

Ferrari, M. **As noções de fronteira em geografia**. Revista Perspectiva Geográfica Unioeste, 2014, 9(10), 1-25. Disponível em <http://e-revista.unioeste.br/index.php/pgeografica/article/view/10161>. Acessado em 10 set 2019.

FGV/DAPP. **Desafio Migratório em Roraima**. FGV. Rio de Janeiro, 2018.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública** vol.23 supl.2 Rio de Janeiro 2007.

GALINA VF, Silva TBB, Haydu M, Martin D. **A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos**. Interface (Botucatu). 2017; 21(61):297-308.

GIOVANELLA L., GUIMARÃES L, NOGUEIRA, V., LOBATO L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde In **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup2:S251-S266, 2007.

GUIMARÃES, U. Discurso proferido na sessão de 5 de outubro de 1988 publicado no DANC de 5 de outubro de 1988, p. 14380-14382. Disponível em: <http://apache.camara.gov.br/portal/arquivos/Camara/internet/plenario/discursos/escrevendohistoria/constituente-1987-1988/pdf/Ulysses%20Guimaraes%20-%20DISCURSO%20%20REVISADO.pdf>. Acesso em 11/08/2017.

GRANJA et al. Equidade no Sistema Brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.34, n.1, p.72-86 jan./mar. 2010.

HAESBAERT R. **O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades – Roraima, Pacaraima. 2010. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em 10/05/2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades – Roraima, Pacaraima. 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=140045&search=rora%20ima|pacaraima>>Acesso em 05/05/2019.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Texto para Discussão**. Rio de Janeiro: IPEA, 2017.

LORENZETTI, Jorge. Gestão em Saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto contexto - enferm**. vol.23 no.2 Florianópolis Apr./June 2014. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200417&lng=en&tlng=en

LUNA, Sergio Vasconcelos de. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. 2ed. 1 reimp.- São Paulo: EDUC, 2011. p. 83.

MACHADO, L. O. **Limites, fronteiras, redes**. In: STROHAECKER, T. M. et al. (Org.). *Fronteiras e espaço global*. Porto Alegre: AGB, 1998.

MACINKO, Lima-Costa. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008. **International Journal for Equity in Health** 2012, 11:33 <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/33>. Acesso em 20 abr. 2019.

MARTINS, Borges L. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. **REMHU**. 2013; 21(40):151-62.

MARTIN, Denise. GOLDBERG, Alejandro. SILVEIRA, Cassio. Imigração, Refúgio e Saúde: perspectivas de análise sociocultural. DOI 10.1590/S0104-12902018170870. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.27, n.1, p.26-36, 2018. (2018)

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**/ Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

NELSON, Carib [et al.] (2007) - **Monitoring temperatures in the vaccine cold chain in Bolívia**. **Vaccine**. Vol. 25, nº 3, p. 433-437.

NOGUEIRA, Ricardo José Batista. Fronteira: espaço de referência identitária? **Ateliê Geográfico**. V. 1, Nº 2. pp. 27-41. Goiânia, 2007.

NOGUEIRA, V.M. R & DAL PRA, K.R. Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde. **Revista do Serviço Social**. Brasília, n. 18, p.159 – 188, jan/jun. 2006

NOGUEIRA, Vera M. R. **Saúde nas fronteiras – perspectivas e desafios**. In: XXVIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Maceió – AL, 2012. Apresentação em Power Point. 2012.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; FAGUNDES, Helenara Silveira. A implementação do SIS Fronteiras – Perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira arco sul. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 13, n. 2, p. 245-260, maio 2015. ISSN 1676-6806. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634903>. Acesso em: 12 fev. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.20396/sss.v13i2.8634903>.

NOGUEIRA, V. M. R.; DAL PRA, K. R; FERMIANO, S. A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do Mercosul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S227-S236, 2007. Disponível em: Acesso em: 16 mar. 2019.

KNAUTH, D. R.; LEAL, A. F. A expansão das ciências sociais na saúde coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface – comunic, saúde, educação**, 18 (50), p. 457-67, 2014.

NUNES, Paulo Henrique Faria. A organização do tratado de cooperação amazônica: uma análise crítica das razões por trás da sua criação e evolução. **Revista de Direito Internacional**. Vol. 13. Nº 2. 2016

OLIVEIRA, Maira Iwato de. **Analisando os Impactos Logísticos da entrada de venezuelanos em Roraima**. In: XXXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. 2017. Disponível em http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_STO_238_376_34845.pdf. Acesso em 21 abril de 2019

PEDUZZI, Marina. **Trabalho de equipe de saúde na perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007.

PREUSS, L. T. **O direito à saúde na fronteira: duas versões sobre o mesmo tema**. 2007. 172 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <<HTTPS://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90418/245170.pdf?squence=1>> Acesso em: 12 de fevereiro de 2018.

Programa de Promoção do Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PPDFF). **Faixa de Fronteira**. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Brasil, 2009.

RODRIGUES, Francilene. Migração transfronteiriça na Venezuela. **Estudos Avançados**. Vol. 20 n o .57. São Paulo May/Aug. 2006.

RORAIMA. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2000**. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, 2000.

RORAIMA. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. **Plano Integrado de Gestão Migratória**, 2016.

RORAIMA. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2013**. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, 2017.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192. Jan/ 2000.

SILVA, Altiva B. **Geopolítica na fronteira norte do Brasil: o papel das forças armadas nas transformações sócio-espaciais no Estado de Roraima**. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, 2007.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, jul./dez. 2003.

STEIMAN, R.; MACHADO, L. O. **Limites e Fronteiras internacionais: uma discussão histórico-geográfica**. UFRJ, 2002.

TEIXEIRA, A. C. C. A atuação das organizações não-governamentais: entre o Estado e o conjunto da sociedade. In: Dagnino, E. (org.) **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. 2015 Rio de Janeiro: Paz e Terra.

TUDE, João M., FERRO, Daniel, SANTANA, Fábio P. **Gestão de políticas públicas**. 1. Ed. Curitiba, PR: IESDE BRASIL, S/A, 2015.

UNHCR. 2015. **O Brasil tem quase 9 mil refugiados de 79 nacionalidades**. Disponível em <https://www.acnur.org/portugues/2016/05/10/brasil-tem-quase-9-mil-refugiados-de-79-nacionalidades/>.

VIEIRA-DA-SILVA LM, Almeida Filho. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S217-S226, 2009

WAGNER, Gastão. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003, 185 p.