

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG (Md) FÁBIO MASARU SASAKI

ACOLHIMENTO DE SAÚDE AO REFUGIADO VENEZUELANO NO BRASIL

A IMPORTÂNCIA DA BARREIRA SANITÁRIA NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS
TRAZIDAS POR REFUGIADOS NA FRONTEIRA BRASIL-VENEZUELA

Rio de Janeiro
2021

CMG (Md) FÁBIO MASARU SASAKI

ACOLHIMENTO DE SAÚDE AO REFUGIADO VENEZUELANO NO BRASIL

A IMPORTÂNCIA DA BARREIRA SANITÁRIA NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS
TRAZIDAS POR REFUGIADOS NA FRONTEIRA BRASIL-VENEZUELA

Tese a ser apresentada à Escola de Guerra
Naval, como requisito parcial para a conclusão
do Curso de Política e Estratégia Marítima

Orientador: Professor Dr. Marcelo Mello
Valença.

Rio de Janeiro

Escola de Guerra Naval

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, por ter me concedido saúde a mim e à minha família para prosseguir na jornada da vida.

À minha esposa Heloisa e minha filha Victoria, pela presença constante e apoio incondicional aos rumos da família.

Ao meu Orientador, o Professor Doutor Marcelo Mello Valença, pela paciência e apoio constantes fornecidos por ocasião da elaboração desta tese.

Ao Encarregado do C-PEM 2021, CMG(RM1) Alexandre Sousa, e a sua secretaria por todo apoio prestado durante o curso CPEM-2021.

Aos colegas de turma do C-PEM 2021 pela cordialidade, camaradagem e espírito de corpo, tão presente na nossa Marinha.

RESUMO

A crise socioeconômica na Venezuela está promovendo grande migração de seus cidadãos para países vizinhos. O Brasil, como país que tem fronteira seca e vias pavimentadas com a Venezuela tem recebido grande número de migrantes solicitando a condição de refúgio. Neste contexto, muitos venezuelanos procuram recomeço de suas vidas em outro país, dentre elas, uma nova vida no Brasil. A migração em massa traz dificuldades para o país receptor, sendo fator desencadeador de problemas de toda ordem, seja na competição por atendimento médico com os brasileiros, aumento de criminalidade local e até de crimes transnacionais. A reboque da migração em massa, onde o Estado de origem entrou em colapso, o refugiado carrega consigo doenças de toda ordem, por falta de prevenção ou não atendimento de suas necessidades básicas como ser humano. O Brasil através da Operação Acolhida, optou pelo ordenamento da sua fronteira norte visando organizar o acolhimento aos solicitantes de refúgio, seguindo os preceitos da Declaração Universal dos Direitos Humanos. O sistema único de saúde do Brasil é um sistema amplo e irrestrito que segundo a Constituição Federal no seu art.5 permite atendimento integral ao estrangeiro em condição igualitária ao nacional, sendo este, um dos motivos da grande busca por refúgio no Brasil. Iluminaremos a situação de saúde na Venezuela e suas consequências, desde a fronteira até a interiorização, sugerindo políticas públicas de saúde com a finalidade de criar barreiras sanitárias eficientes para proteção biológica da população brasileira na fronteira e nas cidades onde os migrantes foram interiorizados.

Palavras chaves: Brasil; Refugiado; Venezuela; Sistema Único de Saúde; *Misión Barrio Adentro*; Operação Acolhida; Barreira sanitária; Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

The socioeconomic crisis in the Neighboring Country Venezuela is promoting a large migration of its citizens to neighboring countries. Brazil, as a country that has a dry border and paved roads with Venezuela, has received a large number of migrants requesting refugee status. In this context, many Venezuelans are looking to restart their lives in another country, including a new life in Brazil. Mass migration brings difficulties for the receiving country, triggering all sorts of problems, whether in competition with Brazilians for medical care, an increase in local crime and even transnational crimes. In the wake of mass migration, where the State of origin collapsed, the refugee carries diseases of all kinds, for lack of prevention or not meeting their basic needs as a human being. Brazil, through “Operação Acolhida”, opted for the organization of its northern border in order to organize the reception of asylum seekers, following the precepts of the Universal Declaration of Human Rights. The unique health system in Brazil is a broad and unrestricted system that, according to the Federal Constitution in its art.5, allows full care to foreigners on an equal basis with the national one, which is one of the reasons for the great search for refuge in Brazil. We will shed light on the health situation in Venezuela and its consequences, from the border to the interior, suggesting public health policies in order to create efficient sanitary barriers for the biological protection of the Brazilian population at the border and in cities where migrants were interiorized.

Key words: Brazil; Refugee; Venezuela; Unified Health System; Misión Barrio Adentro; Operation Welcome; Sanitary barrier; Public health policies.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACF	-	Agente comunitário de saúde
ACNUR	-	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
AL	-	América Latina
CAFE	-	Comissão Federal de Assistência Emergencial
CFM	-	Conselho Federal da Medicina
CNS	-	Cartão Nacional de Saúde
CORANE	-	Comissão Nacional para Refugiados
CPF	-	Cadastro de Pessoa Física
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema único de Saúde
DNEES	-	Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde
DUDH	-	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EB	-	Exército Brasileiro
ENH	-	<i>Encuesta Nacional de Hospitales</i>
ESF	-	Equipe de saúde da família
FIOCRUZ	-	Fundação
HIV	-	Vírus da Imunodeficiência Humana
ILMD	-	Instituto Leônidas & Maria Deane
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
MB	-	Marinha do Brasil
MBA	-	<i>Misión Barrio Adentro</i>
MD	-	Ministério da Defesa
NASF	-	Núcleo de apoio a saúde da família
OA	-	Operação Acolhida
OIR	-	Organização Internacional para Refugiados
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Panamericana de Saúde
PIB	-	Produto Interno Bruto
PNI	-	Programa Nacional de Imunizações
SASISUS	-	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

- SIDA** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- SUDS** - Sistema Único Descentralizado de Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- UNKRA** - Agência das Nações Unidas para Reconstrução da Coreia
- UNRWA** - Organismo de Obras Públicas e Socorro aos Refugiados da Palestina e Oriente Médio
- UPA** - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Localização dos abrigos pra refugiados.....	52
Quadro 2 – Causas de óbito entre os <i>Waraos</i> no Brasil	54

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CONCEITO	14
2.1	Nacionalidade	14
2.1.1	Nacionalidade primária	15
2.1.2	Nacionalidade secundária, adquirida ou naturalização	15
2.1.3	Apatridia e polipatridia	16
2.2	O refúgio	16
2.3	Asilo	19
2.4	O exílio	20
2.5	Repatriação	20
2.6	Deportação	21
2.7	Expulsão	21
2.8	Extradição	22
2.9	Estrangeiro	25
2.9.1	Solicitação de naturalização	26
2.10	Considerações preliminares	27
3	SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NA VENEZUELA	29
3.1	Assistência médica na Venezuela	30
4	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - BRASIL	34
4.1	A história do Sistema Único de Saúde brasileiro	34
4.2	Sistema Único de Saúde - atualidade	35
4.2.1	Unidades básicas de saúde (UBS)	35
4.2.2	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	36

4.2.3 Hospitais do SUS	36
4.2.4 Medicamentos – fornecimento.....	36
4.2.5 Imunização	37
4.2.5.1 A história da imunização no Brasil.....	37
4.2.5.2 Programa Nacional de Imunização (PNI).....	38
4.3 Infraestrutura de saúde na fronteira Brasil-Venezuela.....	43
5 OPERAÇÃO ACOLHIDA E SUA ESTRUTURA DE SAÚDE	46
5.1 Comissão Federal de Assistência Emergencial – Operação Acolhida.....	47
5.2 A sociedade civil na Operação Acolhida	50
5.3 Estrutura sanitária da Operação Acolhida.....	51
5.4 Os índios da etnia <i>Warao</i> da Venezuela	53
5.5 Considerações preliminares	55
6 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO ATENDIMENTO AO	
REFUGIADO	57
7 CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

1. INTRODUÇÃO

A migração de refugiados decorrente de crises humanitárias acontece na civilização deste a antiguidade bíblica até os dias atuais. Segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), está em curso a maior migração de refugiados após a segunda guerra mundial. O Brasil apresenta em sua fronteira, pela primeira vez na sua história, refugiados que procuram abrigo em terras brasileiras, fugindo da grave crise na Venezuela. A situação socioeconômica na Venezuela agravou-se paulatinamente a partir de 2015, gerando migração em massa de seus cidadãos para países vizinhos, dentre eles, o Brasil. (ACNUR, 2020a).

A grande migração de massa humana tem afetado não somente a Pacaraima na fronteira, mas a capital Boa Vista e a Cidade de Manaus também têm recebidos imigrantes legais e ilegais que se aglomeram as proximidades das Rodoviárias das cidades em acomodações improvisadas pelos mais variados motivos. O primeiro fluxo venezuelano a chamar a atenção foram os indígenas da etnia *Warao*, no final de 2016, na condição de pedintes em esquinas movimentadas. Na ocasião, houve uma “interiorização” para abrigos localizados em Manaus no Estado do Amazonas, promovidos pela Operação Acolhida. (VASCONCELOS; ALMEIDA-SANTOS, 2020)

Para os venezuelanos, a expressão *oleada* significa o deslocamento de um grupo de pessoas em um determinado tempo, semelhante as ondas marítimas no seu interminável vai-e-vem. Essas *oleadas* em direção aos países vizinhos da Venezuela iniciaram-se com o declínio da condição socioeconômica daquele País.

Inicialmente os venezuelanos abrigavam-se em tendas improvisadas, sobrevivendo com ajuda doações e cozinha comunitária. (VASCONCELOS; ALMEIDA-SANTOS, 2020)

A OA em Manaus, optou por reordenar as acomodações improvisadas pelos imigrantes, compartilhando as atividades de ajuda humanitária com a sociedade civil organizada como o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), Organização Internacional para Refugiados (OIM) dentre outras associações de apoio religioso e de assistência social fornecendo tendas brancas de *camping* tipo iglu, comunitárias, para o abrigamento dos venezuelanos. (VASCONCELOS; ALMEIDA-SANTOS, 2020).

Segundo o ACNUR, o Brasil, em janeiro de 2020, tornou-se o país com maior número de refugiados reconhecidos na América latina. O Brasil reconheceu a condição de refugiados para cerca de 50 mil indivíduos de 55 países, 90% deles oriundo da Venezuela. Em agosto de 2020 havia 46mil venezuelanos reconhecidos como refugiados pela Comissão

Nacional para Refugiados. Estima-se cerca de 260mil venezuelanos vivam atualmente no País. Este afluxo súbito de pessoas de língua, cultura e costumes diferentes em curto espaço de tempo, traz problemas principalmente para as cidades de fronteira, dentre esses problemas, a disseminação de doenças trazidas tornou-se mais um fator a ser combatido. (ACNUR, 2020a)

O ACNUR possui critérios bem estabelecidos para a concessão ou a exclusão da condição de refugiado. A determinação da condição de refugiado é um processo que se desenrola em etapas, que serão descritas no decorrer dos capítulos deste estudo.

A observância de aumento expressivo de doenças infectocontagiosas na região amazônica, a partir de 2015, alertou as autoridades sanitárias locais para uma possível entrada de doenças através da fronteira com a Venezuela decorrente do grande deslocamento humano por motivos variados, dentre eles, a crise socioeconômica naquele país a partir de 2015. Nesse contexto, o Brasil que, através do Sistema Único de Saúde, envereda esforços para controle de doenças preveníveis por meio de políticas públicas de saúde com robusto sistema de vacinação para sua população, deve preocupar-se em prover mais atenção ao aumento de volume das necessidades de recursos humanos e financeiros para fazer frente a nova realidade.

Segundo site da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) do Ministério da Saúde (MS) de 08/02/2021, houve um aumento expressivo de casos de malária importados da Venezuela, subindo de 1.538 casos em 2014 para 3.129 casos em 2017, assim como casos de doenças de Chagas, Chikungunya e Zika. O controle epidemiológico naquele país tem sido prejudicado pela desativação em 2020, do Centro Venezuelano de Classificação de Doenças, que era o órgão responsável pelo fornecimento a OPAS, os indicadores de morbidade e mortalidade das doenças. (SEIXAS, 2019)

Ainda segundo o pesquisador da FIOCRUZ Amazônia, Dr. Sérgio Luz, foi através da fronteira com a Venezuela que houve a reintrodução do vetor *Aedes aegypti* na década de 1960. Até então, o Brasil, no ano de 1958, acabara de receber da OMS o certificado de área livre do referido mosquito. Outras doenças já erradicadas ressurgiram no Brasil, exemplo do sarampo que foi novamente detectado na região norte e sua conseqüente disseminação pelo país.

Faremos uma breve descrição do sistema de saúde pública da Venezuela, suas origens, e a situação atual, assim como sobre o sistema de saúde público do Brasil (SUS), suas qualidades como um dos maiores prestadores de serviço público de saúde do mundo. Abordaremos a Operação Acolhida, como braço estatal na condução do ordenamento da

fronteira, com foco na barreira sanitária.

Este estudo procura fazer uma análise qualitativa da barreira sanitária na fronteira com a Venezuela, promovida por entes governamentais, ou não, e propor incrementos nas políticas públicas de saúde em todos os níveis, desde o acolhimento até a interiorização do refugiado, que na teoria, seriam importantes na intenção de reduzir ao mínimo a possibilidade de reintrodução/introdução de doenças porventura trazidas pelos refugiados. O incremento nas ações de controle do acolhimento sanitário pode diminuir os custos financeiros necessários à manutenção da saúde principalmente em áreas de fronteira, pelo menos, a níveis de antes do início de 2015.

Cabe também ressaltar que o atendimento médico ao refugiado/imigrante estrangeiro está garantido pela Constituição Federal (CF) de 1988, descrito no seu Art. 5º, que torna legítimo o atendimento de qualquer pessoa, estrangeira ou não, que esteja em território nacional.

Para tal, basear-se-á em pesquisas bibliográficas disponíveis na internet em sites confiáveis, periódicos e, principalmente em documentações disponíveis da operação acolhida do Ministério da Defesa, além de trabalhos e teses sobre o assunto em questão.

2. CONCEITOS

Apesar de o Brasil atuar ora, integrando, ora no Comando de missões de caráter humanitário no exterior designados pela ONU, a situação de ter em sua fronteira norte a presença de indivíduos solicitando o status de refugiado é inédita. Essa nova situação obriga os brasileiros a pensar em um contato mais íntimo com os indivíduos que procuram abrigo no País.

Ressalte-se que como toda fronteira com outro país, sempre houve trânsito de pessoas e materiais um país para outro, pelos mais variados motivos. Com a crise no país vizinho, os venezuelanos passaram a não mais desejar a volta ao seu país por motivos humanitários, solicitando refúgio no Brasil. Com o aumento súbito de população circulante na cidade fronteira de Pacaraima e na própria capital do Estado de Roraima, Boa Vista, casos de discriminação, xenofobia, aumento de violência urbana, prostituição e toda ordem de desrespeito dos princípios básicos da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), tem sido observado pelo ACNUR.

O grande afluxo de população proveniente da Venezuela sobrecarregou o já deficiente sistema de saúde público local, e brasileiros têm observado dificuldade em receber atendimento nas poucas unidades de saúde local. (CNPQ, 2018)

Por ser uma situação nova, torna-se necessário a compreensão tanto da população local que sofre com as consequências da situação de refúgio, quanto das entidades que cuidam do acolhimento, sendo importante o conhecimento do estabelecido pelo ACNUR, CONARE, a CF, e dos DUDH ao cidadão refugiado. Para tal, a abordagem de alguns conceitos básicos do direito internacional e das relações internacionais serão brevemente descritos.

2.1 Nacionalidade

Entende-se por nacionalidade a ligação íntima jurídica e política que une uma pessoa ao Estado, conferindo-lhe direitos e deveres. Quem atribui a nacionalidade é o Estado devendo o Estado proporcionar proteção diplomática ao seu cidadão quando em território exterior.

A atribuição da nacionalidade é ato soberano exclusivo do Estado, assim estabelecido pela Convenção da Haia sobre Conflitos de Leis sobre a Nacionalidade de 1930. A apatridia é

uma das condições de maior insegurança ao indivíduo no plano político e a DUDH destaca que “toda pessoa tem direito a uma nacionalidade” (art. XV, par.1º), também destaca que, pelo mesmo artigo no parágrafo 2º “ninguém será arbitrariamente privado de sua nacionalidade”. Por fim, a pessoa tem o direito de ser acolhido pelo Estado que lhe concedeu o status de nacional, sendo proibido à luz do Direito internacional, o banimento ou a proibição da entrada no país do qual é natal. (PORTELA, 2014)

2.1.1 Nacionalidade primária

A nacionalidade primária ou originária é aquela que é atribuída em decorrência do nascimento, vinculando-se a dois critérios o *jus soli(s)* e o *jus sanguinis*. No critério *jus soli(s)*, o indivíduo adquire a nacionalidade de acordo com o território que nasce, independente da nacionalidade dos genitores.

O critério *jus sanguinis*, adota a nacionalidade de seus genitores ou antecedentes independentes do local de nascimento. É possível um indivíduo acumular duas ou mais nacionalidades primárias, sem sendo nenhum desses critérios um elemento excludente. (PORTELA, 2014)

2.1.2 Nacionalidade secundária, adquirida ou naturalização

Este tipo de nacionalidade tem como fator principal a “vontade” mútua do Estado em conceder e do indivíduo de adquirir, respeitando-se os requisitos legais de cada país.

O Direito Internacional repugna a naturalização forçada, quando o indivíduo não manifesta desejo de torna-se nacional daquele país. Alguns países adotam a prática de conceder a nacionalidade quando do casamento com cônjuge estrangeiro, porém, não é prática comum na atualidade devido aos problemas que decorrem no momento do fim do vínculo matrimonial.

O Brasil não adota o casamento como critério de atribuição de nacionalidade secundária. Porém, o estrangeiro que contrair matrimônio com brasileiro(a), tem o prazo mínimo necessário de residência no Brasil reduzida de 4 anos para 01 ano, se desejar a naturalização.

Alguns países também adotam o vínculo funcional como critério para concessão de nacionalidade, como no caso do Vaticano, que concede nacionalidade aos seus funcionários mesmo de outros países.

Outros casos de nacionalização incluem a anexação de território por outro Estado, sendo o povo do Estado anexado automaticamente convertido para cidadãos no Estado dominador. Por último, há casos de vontade da lei, onde o Estado publica leis por puro ato discricionário concedendo a nacionalidade ao indivíduo. (PORTELA, 2014)

2.1.3 Apatridia e Polipatridia

A apatridia é condição da perda da sua nacionalidade, que está em desacordo com a DUDH, porém, que pode ocorrer, normalmente por motivações políticas. Na tentativa de acolher esses indivíduos, foi criado em 1930 o Protocolo relativo aos casos de Apátridas, seguida da Convenção sobre o Estatuto dos Apátridas em 1954.

As pessoas que tiveram sua nacionalidade não reconhecida por nenhuma nação ainda formam uma população numerosa no mundo, na maioria das vezes por motivos de conflitos entre nações. A falta de nacionalidade torna os indivíduos invisíveis e desconhecidos, tolhendo o direito de uma identidade nacional, dificultando acesso à escola, saúde e a todo sistema de proteção social de qualquer país.

Desde 2014, o ACNUR registrou mais de 350mil apátridas que adquiriram nacionalidade em vários países como Quênia, Quirguistão, Tadjiquistão, Tailândia, Rússia, Suécia, Vietnã, Uzbequistão e Filipinas.

Já no caso da Polipatridia, o indivíduo por meio de coincidência de fatores de atribuição de nacionalidade, o que o qualifica para requerer as nacionalidades desejadas. Perante a Convenção de Haia, o indivíduo deve ter somente uma nacionalidade. (ACNUR, 2021a; PORTELA, 2014)

2.2 O refúgio

As grandes migrações humanas por motivos diversos estão presentes na História. Impérios da antiguidade foram subjugados e outras vezes subjugando outros povos, alternando condições de dominadores e refugiados ao longo do tempo.

O acolhimento de vítimas de migração forçada tomou formas de atendimento religioso, onde se protegiam toda sorte de pessoas que buscavam segurança de seus perseguidores. Esses locais em latim eram conhecidos como “*asylum*” originada da língua grega antiga “*ásulom*”. Nesses locais, era proibida a entrada de perseguidores, exércitos ou governos opressores. (IKMR, [s.d])

Somente após o término da grande guerra, houve movimentos visando acolhimento da grande massa de pessoas que fugiam da fome e violência que se seguiu após anos de conflitos armados na Europa.

A criação da Liga das Nações em 1919 fomentou a necessidade de estabelecer normas internacionais para conceder refúgio aos que haviam perdido a sua proteção diplomática.

Durante as guerras que se seguiram, guerra civil russa (1918-1921), com deslocamento de mais de 1 milhão de pessoas pela Europa, e a segunda guerra mundial (1939-1945), com deslocamento de mais de 40 milhões de pessoas, reforçou ainda mais a necessidade de acolhimento humanitário, pelo fato deles mesmos terem se tornado apátridas.

Em 1943, foi criada a Administração das Nações Unidas para o Auxílio e Restabelecimento (ANUAR), sendo substituída, no ano de 1947, pela Organização Internacional para os Refugiados (OIR), antecessoras diretas do ACNUR. Com a criação da ONU e a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, estabeleceu-se que o ACNUR, seria o órgão que cuidaria de todos os assuntos relacionados aos refugiados, iniciando suas atividades em 1 de janeiro de 1951.

Desde então, o ACNUR tem atuado na procura de soluções permanentes para que os refugiados recebam tratamento adequado nos países que os aceitam temporariamente ou para reassentamento definitivo. Segundo o ACNUR em 2015, cerca de 65 milhões de pessoas estavam deslocadas de sua terra natal. (IKMR, [s.d])

O ACNUR possui critérios bem estabelecidos para concessão ou exclusão da condição de refugiado. A determinação da condição de refugiado é um processo que se desenrola em duas etapas.

Em primeiro lugar, é necessário estabelecer todos os fatos pertinentes do caso considerado. Em segundo lugar, devem ser aplicadas as definições da Convenção de 1951 e do Protocolo de 1967 aos fatos assim estabelecidos.

De acordo com o Parágrafo 2 do Art. 1 (A) da Convenção de 1951 e o Protocolo de 1967, o termo “refugiado” aplica-se a qualquer pessoa que: “Em consequência dos acontecimentos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951, e temendo ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a grupo social ou opiniões políticas, se encontra fora do país de sua nacionalidade e que não pode ou, em virtude desse temor, não quer valer-se da proteção desse país, ou que, se não tem nacionalidade e se encontra fora do país no qual tinha a sua residência habitual em consequência de tais acontecimentos, não pode

ou, devido ao referido temor, não quer voltar a ele. (ACNUR, 2011)

Existem condições para aceitabilidade da condição de refugiado. O ACNUR descreve em detalhes quem é elegível para a condição de refugiado.

Descreve-se em resumo a seguir: Fundado temor de perseguição, que se traduz pelo medo que o nacional tem de antes de seu próprio Estado. Note-se que casos de vítimas de desastres naturais ou de fome estão excluídos deste “fundado temor”, a não ser que, a esses fatos, se somem a perseguição.

Sobre a perseguição, a convenção de 1951 descreve como sendo ameaça a vida ou à liberdade em virtude de raça, nacionalidade, religião ou opinião política.

O candidato a refugiado deve comprovar que sofre perseguição por possuir opinião política diferente à que está em vigor, temendo pela perda da própria vida, em decorrência desse fato em específico.

Haverá casos em que a condição de refugiado será cancelada pela convenção de 1951 devido a inúmeros fatores, alguns, dependendo do País de origem e outros do próprio refugiado, tais como se o indivíduo voltou voluntariamente ao seu país natal, valendo-se da mudança dos motivos que o fizeram sair de sua pátria. Se o até então refugiado adquiriu outra nacionalidade por meio de naturalização; se voltou voluntariamente a se estabelecer no seu país de origem; se recuperou voluntariamente a sua nacionalidade.

O refugiado pode, também, voluntariamente não desejar mais a condição de “refugiado”, não havendo mais razão para permanecer com a proteção internacional.

A exclusão ou a não elegibilidade para a condição de refugiado pela Convenção de 1951 abrange àqueles que já recebem alguma assistência de organismos internacionais como UNKRA ou a UNRWA. Cabe ressaltar que esses órgãos das Nações Unidas possuem atuações limitadas geograficamente às Coreias e no Oriente Médio, podendo, portanto, um indivíduo que esteja fora desses dois locais, ser considerado refugiado em outra localização geográfica.

Outra causa de exclusão da elegibilidade é quando se considera que a pessoa não necessita de proteção internacional decorrente da premissa de que o indivíduo conseguiu fixar residência no país estrangeiro, sendo-lhe garantida a maior parte dos direitos de um nacional. Finalmente a convenção de 1951 exclui do guarda-chuva da proteção internacional todos aqueles que cometeram crimes contra a paz, crimes de guerra ou contra a pessoa humana. (ACNUR, 2011)

Casos especiais de elegibilidade da condição de refugiado, em especial os refugiados de guerra, à primeira vista, pela Convenção de 1951, não são normalmente considerados pelo fato de serem beneficiados por outros instrumentos que tratam especificamente do assunto,

tais como Convenção de Genebra de 1949 e seu Protocolo adicional de 1977, referente a proteção de vítimas de conflitos armados internacionais.

O ACNUR descreve também casos em que desertores e pessoas que evitam o serviço militar solicitam reconhecimento da condição de refugiado pela convenção de 1951. Nesses casos, o ACNUR não considera refugiado se o motivo da solicitação for única e exclusivamente a recusa no serviço militar obrigatório ou o medo do combate. Admite-se a possibilidade do reconhecimento, nos casos de deserção ou a insubmissão, sendo essa falta punida severamente, motivando a fuga para outro País, configurando “perseguição” com risco a própria vida. (ACNUR, 2011)

O reconhecimento da condição de refugiado, confere ao indivíduo direitos amparados pela DUDH, a ter os mesmos direitos e deveres de um estrangeiro em território nacional. A Constituição Federal estabelece, em seu Art. 5º *caput*, que *“todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à prosperidade”*. (BRASIL, 1988)

O refugiado, apesar de não ter domicílio em território brasileiro, tem os mesmos direitos de qualquer estrangeiro domiciliado no país, amparado pelos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário.

A CF não exclui os estrangeiros, refugiados ou não, de acesso aos direitos sociais, porém, não há previsão de concessão de direitos políticos, não podendo inscreverem-se como eleitores ou criarem partidos políticos. A Lei nº 6.815/80, denominada de estatuto do estrangeiro, foi substituída pela Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, com atualizações, facilitando a naturalização de estrangeiros legalmente estabelecidos no Brasil. (BRASIL, 1988; BRASIL, 2017)

O Reconhecimento do refúgio é ato obrigatório de um Estado signatário da Convenção de 1951 regida pelos acordos do ACNUR sobre um indivíduo(s) ou grupo de estrangeiros, onde em que o Ente estatal concede proteção ao estrangeiro que esteja em risco decorrente de guerras ou perseguições de caráter racial, religioso ou devido a pertencimento de grupo social. (PORTELA, 2014)

2.3 Asilo

No caso do asilo, é ato discricionário do Estado sobre o estrangeiro que o solicita. Não existe foro internacional sobre a temática do asilo, sendo de inteira responsabilidade do

Estado acolhedor. Geralmente, o asilo tem como motivo de sua solicitação, perseguições de cunho político.

Em regra, a solicitação de asilo refere-se ao indivíduo e não, a um determinado grupo social. A CF de 1988, no seu art.4º, prevê o acolhimento ao asilo, sendo prerrogativa do poder executivo por meio do Ministério da Justiça, sendo apreciado diretamente pelo Presidente da República (PR).

O asilo no Brasil pode ser de dois tipos: Diplomático ou territorial. Quando o requerente estrangeiro está no exterior e solicita asilo à embaixada local brasileira, é um caso de asilo diplomático. Quando o requerente estrangeiro já se encontra em território nacional, denomina-se de asilo territorial.

O termo “asilo político” refere-se àquele que sofre perseguição com risco a sua integridade física por motivações ou inclinações políticas, podendo ser tanto diplomático ou territorial. O Art. 28 da Lei 13.445, de 24 de maio de 2017, descreve que não se concederá asilo a quem tenha cometido crime de genocídio, crime contra a humanidade, crime de guerra ou crime de agressão, nos termos do Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional, de 1998, promulgado pelo Decreto nº 4.388, de 25 de setembro de 2002 .

Caso o asilado saia do país sem prévia comunicação, a condição de asilado será desconsiderada. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2017)

2.4 O exílio

Exílio por sua vez, à luz do dicionário Aurélio, descreve como aquele nacional que voluntariamente ou forçadamente decidiu sair de seu país por razões políticas, religiosas ou étnica. Pode ser usado o termo expatriado como sinônimo. A Palavra vem do latim *exilium*, e já era praticada pelos povos gregos.

O exílio pode ser: político, étnico ou religioso. Exemplo de exilado político, o então Imperador do Brasil Dom Pedro II por ocasião da Proclamação da República em 1889, foi obrigado a deixar seu país natal para viver em outro país. Exemplo de exílio étnico, fuga dos judeus alemães voluntariamente da Alemanha nazista enquanto ainda estavam abertas as fronteiras. Exemplo de exílio religioso, fuga de cidadãos sírios não-muçulmanos dos extremistas islâmicos. O termo confunde-se com o “refúgio”, podendo ser em algum momento, semelhante à definição do ACNUR.

O Novo Estatuto do Estrangeiro, formalizada pela Lei 13445/2017, prevê Repatriação, deportação, expulsão e a extradição.

2.5 Repatriação

Descrito do Art. nº 49 do novo Estatuto do Estrangeiro, trata-se de ato administrativo de devolução da pessoa em situação de impedimento ao país de procedência ou de nacionalidade, devendo ser imediatamente comunicado a empresa transportadora e ao consulado do país de procedência.

Não será aplicada essa medida em pessoa em situação de refúgio ou apátrida reconhecido legalmente, ao menor de 18 anos desacompanhado de família ou responsável, exceto em caso para garantia da reunificação familiar de origem. Não ocorre repatriação para país ou região onde a pessoa possa sofrer ameaça a sua integridade física com risco à vida. (BRASIL, 2017)

2.6 Deportação

Prevista nos Art. nº 50 a 53 do novo Estatuto do Estrangeiro de 2017, a deportação é ato discricionário do Estado, que é a retirada compulsória do estrangeiro do território nacional em situação administrativa irregular, cuja competência é da Polícia Federal. Deverá ser precedida a deportação por notificação pessoal, expressando as irregularidades e prazo não inferior a 60 dias para regularização das pendências, podendo ser prorrogado por igual período, caso autorizado, mediante compromisso de manter atualizadas as informações domiciliares.

Mesmo o possível deportado não pode ser cerceado no seu direito de ir e vir dentro do país conforme descrito no parágrafo 2º do novo Estatuto, desde que mantenha informado seu domicílio até o prazo final.

A título de comparação, o antigo estatuto do estrangeiro de 1980, permitia deportação imediata pela PF ainda no aeroporto, com o transporte de volta ao país de procedência ficando sob a responsabilidade da empresa transportadora. (BRASIL, 2017)

2.7 Expulsão

A expulsão está descrita nos Art. nº 54 a 60 do novo Estatuto do Estrangeiro de 2017. Consiste na retirada compulsória do estrangeiro migrante ou visitante do território nacional conjugada com a proibição do reingresso por prazo determinado. Poderá ser motivo de

expulsão, a condenação transitada em julgado à prática de crimes de genocídio, contra a humanidade, crimes de guerra, crimes de agressão nos termos definidos pelo Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional de 1988 promulgado pelo Decreto de nº 4.388, de 25 de setembro de 2002.

O estrangeiro que possua cônjuge nacional legalmente reconhecido, tiver filho brasileiro, ou sob sua guarda, ou dependência econômica ou socioafetiva, ou ainda tiver pessoa brasileira sobre sua tutela, não poderá ser expulso. Também, não serão expulsos estrangeiros que ingressaram no Brasil até aos 12 anos de idade, residindo desde então no País. Pessoas acima de 70 anos que residam a mais de 10 anos no País, igualmente não poderão ser expulsos, devendo levar em consideração a gravidade e o fundamento que motivou a processo de expulsão. Não se aplica a nacionais. (BRASIL, 2002; BRASIL, 2017)

2.8 Extradicação

Os Art. 81 a 99 do novo Estatuto do Estrangeiro de 2017 descreve em quais situações o estrangeiro poderá ser extraditado. Extradicação é ato de retirada do estrangeiro do Estado por pedido de outra nação, motivado por crimes porventura cometidos, e cujo processo legal foi concluído no Estado solicitante.

Não se concederá a extradicação quando: o indivíduo solicitado pelo Estado estrangeiro for um nacional; se o fato gerador da solicitação de extradicação não for crime no Brasil; quando o Brasil for competente segundo suas leis para julgar o crime imputado ao extraditando; a Lei impuser ao crime pena de prisão inferior a dois anos; quando o extraditando estiver respondendo a processo ou já houver sido condenado ou absolvido no Brasil pelo mesmo fato em que se fundamenta o pedido; a punibilidade estiver extinta pela prescrição, segundo a lei brasileira ou a do Estado requerente; o fato constituir crime político ou de opinião; o extraditando tiver de responder, no Estado requerente, perante tribunal ou juízo de exceção; ou o extraditando for beneficiário de refúgio ou de asilo territorial. (BRASIL, 1997)

O Art. 83 descreve as condições para conceder a extradicação do estrangeiro: Ter sido o crime cometido no território do Estado requerente ou serem aplicáveis ao extraditando as leis penais desse Estado; e estar o extraditando respondendo a processo investigatório, ou a processo penal, ou ter sido condenado pelas autoridades judiciárias do Estado requerente a pena privativa de liberdade. Ainda sobre a extradicação, os artigos 84 a 90 estão assim descritos:

“Art. 84. Em caso de urgência, o Estado interessado na extradicação poderá, previamente ou conjuntamente com a formalização do pedido extradicional, requerer, por

via diplomática ou por meio de autoridade central do Poder Executivo, prisão cautelar com o objetivo de assegurar a executoriedade da medida de extradição que, após exame da presença dos pressupostos formais de admissibilidade exigidos nesta Lei ou em tratado, deverá representar à autoridade judicial competente, ouvido previamente o Ministério Público Federal.

§ 1º O pedido de prisão cautelar deverá conter informação sobre o crime cometido e deverá ser fundamentado, podendo ser apresentado por correio, fax, mensagem eletrônica ou qualquer outro meio que assegure a comunicação por escrito.

§ 2º O pedido de prisão cautelar poderá ser transmitido à autoridade competente para extradição no Brasil por meio de canal estabelecido com o ponto focal da Organização Internacional de Polícia Criminal (Interpol) no País, devidamente instruído com a documentação comprobatória da existência de ordem de prisão proferida por Estado estrangeiro, e, em caso de ausência de tratado, com a promessa de reciprocidade recebida por via diplomática.

§ 3º Efetivada a prisão do extraditando, o pedido de extradição será encaminhado à autoridade judiciária competente.

§ 4º Na ausência de disposição específica em tratado, o Estado estrangeiro deverá formalizar o pedido de extradição no prazo de 60 (sessenta) dias, contado da data em que tiver sido cientificado da prisão do extraditando.

§ 5º Caso o pedido de extradição não seja apresentado no prazo previsto no § 4º, o extraditando deverá ser posto em liberdade, não se admitindo novo pedido de prisão cautelar pelo mesmo fato sem que a extradição tenha sido devidamente requerida.

§ 6º A prisão cautelar poderá ser prorrogada até o julgamento final da autoridade judiciária competente quanto à legalidade do pedido de extradição.

Art. 85. Quando mais de um Estado requerer a extradição da mesma pessoa, pelo mesmo fato, terá preferência o pedido daquele em cujo território a infração foi cometida.

§ 1º Em caso de crimes diversos, terá preferência, sucessivamente:

I - o Estado requerente em cujo território tenha sido cometido o crime mais grave, segundo a lei brasileira;

II - o Estado que em primeiro lugar tenha pedido a entrega do extraditando, se a gravidade dos crimes for idêntica;

III - o Estado de origem, ou, em sua falta, o domiciliar do extraditando, se os pedidos forem simultâneos.

§ 2º Nos casos não previstos nesta Lei, o órgão competente do Poder Executivo decidirá sobre a preferência do pedido, priorizando o Estado requerente que mantiver tratado de extradição com o Brasil.

§ 3º Havendo tratado com algum dos Estados requerentes, prevalecerão suas normas no que diz respeito à preferência de que trata este artigo.

Art. 86. O Supremo Tribunal Federal, ouvido o Ministério Público, poderá autorizar prisão albergue ou domiciliar ou determinar que o extraditando responda ao processo de extradição em liberdade, com retenção do documento de viagem ou outras medidas cautelares necessárias, até o julgamento da extradição ou a entrega do extraditando, se pertinente, considerando a situação administrativa migratória, os antecedentes do extraditando e as circunstâncias do caso.

Art. 87. O extraditando poderá entregar-se voluntariamente ao Estado requerente, desde que o declare expressamente, esteja assistido por advogado e seja advertido de que tem direito ao processo judicial de extradição e à proteção que tal direito encerra, caso em que o pedido será decidido pelo Supremo Tribunal Federal.

Art. 88. Todo pedido que possa originar processo de extradição em face de Estado estrangeiro deverá ser encaminhado ao órgão competente do Poder Executivo dire-

tamente pelo órgão do Poder Judiciário responsável pela decisão ou pelo processo penal que a fundamenta.

§ 1º Compete a órgão do Poder Executivo o papel de orientação, de informação e de avaliação dos elementos formais de admissibilidade dos processos preparatórios para encaminhamento ao Estado requerido.

§ 2º Compete aos órgãos do sistema de Justiça vinculados ao processo penal gerador de pedido de extradição a apresentação de todos os documentos, manifestações e demais elementos necessários para o processamento do pedido, inclusive suas traduções oficiais.

§ 3º O pedido deverá ser instruído com cópia autêntica ou com o original da sentença condenatória ou da decisão penal proferida, conterá indicações precisas sobre o local, a data, a natureza e as circunstâncias do fato criminoso e a identidade do extraditando e será acompanhado de cópia dos textos legais sobre o crime, a competência, a pena e a prescrição.

§ 4º O encaminhamento do pedido de extradição ao órgão competente do Poder Executivo confere autenticidade aos documentos.

Art. 89. O pedido de extradição originado de Estado estrangeiro será recebido pelo órgão competente do Poder Executivo e, após exame da presença dos pressupostos formais de admissibilidade exigidos nesta Lei ou em tratado, encaminhado à autoridade judiciária competente.

Parágrafo único. Não preenchidos os pressupostos referidos no caput, o pedido será arquivado mediante decisão fundamentada, sem prejuízo da possibilidade de renovação do pedido, devidamente instruído, uma vez superado o óbice apontado.

Art. 90. Nenhuma extradição será concedida sem prévio pronunciamento do Supremo Tribunal Federal sobre sua legalidade e procedência, não cabendo recurso da decisão.

Art. 91. Ao receber o pedido, o relator designará dia e hora para o interrogatório do extraditando e, conforme o caso, nomear-lhe-á curador ou advogado, se não o tiver.

§ 1º A defesa, a ser apresentada no prazo de 10 (dez) dias contado da data do interrogatório, versará sobre a identidade da pessoa reclamada, defeito de forma de documento apresentado ou ilegalidade da extradição.

§ 2º Não estando o processo devidamente instruído, o Tribunal, a requerimento do órgão do Ministério Público Federal correspondente, poderá converter o julgamento em diligência para suprir a falta.

§ 3º Para suprir a falta referida no § 2º, o Ministério Público Federal terá prazo improrrogável de 60 (sessenta) dias, após o qual o pedido será julgado independentemente da diligência.

§ 4º O prazo referido no § 3º será contado da data de notificação à missão diplomática do Estado requerente.

Art. 92. Julgada procedente a extradição e autorizada a entrega pelo órgão competente do Poder Executivo, será o ato comunicado por via diplomática ao Estado requerente, que, no prazo de 60 (sessenta) dias da comunicação, deverá retirar o extraditando do território nacional.

Art. 93. Se o Estado requerente não retirar o extraditando do território nacional no prazo previsto no art. 92, será ele posto em liberdade, sem prejuízo de outras medidas aplicáveis.

Art. 94. Negada a extradição em fase judicial, não se admitirá novo pedido baseado no mesmo fato.

Art. 95. Quando o extraditando estiver sendo processado ou tiver sido condenado, no Brasil, por crime punível com pena privativa de liberdade, a extradição será executada somente depois da conclusão do processo ou do cumprimento da pena, res-

salvadas as hipóteses de liberação antecipada pelo Poder Judiciário e de determinação da transferência da pessoa condenada.

§ 1º A entrega do extraditando será igualmente adiada se a efetivação da medida puder em risco sua vida em virtude de enfermidade grave comprovada por laudo médico oficial.

§ 2º Quando o extraditando estiver sendo processado ou tiver sido condenado, no Brasil, por infração de menor potencial ofensivo, a entrega poderá ser imediatamente efetivada.

Art. 96. Não será efetivada a entrega do extraditando sem que o Estado requerente assumo o compromisso de:

I - não submeter o extraditando a prisão ou processo por fato anterior ao pedido de extradição;

II - computar o tempo da prisão que, no Brasil, foi imposta por força da extradição;

III - comutar a pena corporal, perpétua ou de morte em pena privativa de liberdade, respeitado o limite máximo de cumprimento de 30 (trinta) anos;

IV - não entregar o extraditando, sem consentimento do Brasil, a outro Estado que o reclame;

V - não considerar qualquer motivo político para agravar a pena; e

VI - não submeter o extraditando a tortura ou a outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes.

Art. 97. A entrega do extraditando, de acordo com as leis brasileiras e respeitado o direito de terceiro, será feita com os objetos e instrumentos do crime encontrados em seu poder.

Parágrafo único. Os objetos e instrumentos referidos neste artigo poderão ser entregues independentemente da entrega do extraditando.

Art. 98. O extraditando que, depois de entregue ao Estado requerente, escapar à ação da Justiça e homiziar-se no Brasil, ou por ele transitar, será detido mediante pedido feito diretamente por via diplomática ou pela Interpol e novamente entregue, sem outras formalidades.

Art. 99. Salvo motivo de ordem pública, poderá ser permitido, pelo órgão competente do Poder Executivo, o trânsito no território nacional de pessoa extraditada por Estado estrangeiro, bem como o da respectiva guarda, mediante apresentação de documento comprobatório de concessão da medida”. (BRASIL, 2017)

2.9 Estrangeiro

A Carta Magna em seu art. 5º, é clara ao dizer “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes do País a inviolabilidade, direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. A CF não priva o direito do estrangeiro do usufruto dos direitos garantidos por lei mesmo que em situação irregular administrativamente. (PORTELA, 2014)

2.9.1 Solicitação de naturalização

Sobre a solicitação e naturalização à cidadania brasileira, estão descritos nos Art. 63 a 76 da nova Lei de Migração, de 2017:

“Art. 63. O filho de pai ou de mãe brasileiro nascido no exterior e que não tenha sido registrado em repartição consular poderá, a qualquer tempo, promover ação de opção de nacionalidade.

Parágrafo único. O órgão de registro deve informar periodicamente à autoridade competente os dados relativos à opção de nacionalidade, conforme regulamento.

Seção II Das Condições da Naturalização

Art. 64. A naturalização pode ser:

- I - Ordinária;
- II - Extraordinária;
- III - especial; ou
- IV - Provisória.

Art. 65. Será concedida a naturalização ordinária àquele que preencher as seguintes condições:

- I - Ter capacidade civil, segundo a lei brasileira;
- II - Ter residência em território nacional, pelo prazo mínimo de 4 (quatro) anos;
- III - comunicar-se em língua portuguesa, consideradas as condições do naturalizando; e
- IV - Não possuir condenação penal ou estiver reabilitado, nos termos da lei.

Art. 66. O prazo de residência fixado no inciso II do caput do art. 65 será reduzido para, no mínimo, 1 (um) ano se o naturalizando preencher quaisquer das seguintes condições:

- I - (VETADO);
- II - Ter filho brasileiro;
- III - ter cônjuge ou companheiro brasileiro e não estar dele separado legalmente ou de fato no momento de concessão da naturalização;
- IV - (VETADO);
- V - Haver prestado ou poder prestar serviço relevante ao Brasil; ou
- VI - Recomendar-se por sua capacidade profissional, científica ou artística.

Parágrafo único. O preenchimento das condições previstas nos incisos V e VI do caput será avaliado na forma disposta em regulamento.

Art. 67. A naturalização extraordinária será concedida a pessoa de qualquer nacionalidade fixada no Brasil há mais de 15 (quinze) anos ininterruptos e sem condenação penal, desde que requeira a nacionalidade brasileira.

Art. 68. A naturalização especial poderá ser concedida ao estrangeiro que se encontre em uma das seguintes situações:

- I - Seja cônjuge ou companheiro, há mais de 5 (cinco) anos, de integrante do Serviço

Exterior Brasileiro em atividade ou de pessoa a serviço do Estado brasileiro no exterior; ou

II - Seja ou tenha sido empregado em missão diplomática ou em repartição consular do Brasil por mais de 10 (dez) anos ininterruptos.

Art. 69. São requisitos para a concessão da naturalização especial:

I - Ter capacidade civil, segundo a lei brasileira;

II - Comunicar-se em língua portuguesa, consideradas as condições do naturalizando; e

III - não possuir condenação penal ou estiver reabilitado, nos termos da lei.

Art. 70. A naturalização provisória poderá ser concedida ao migrante criança ou adolescente que tenha fixado residência em território nacional antes de completar 10 (dez) anos de idade e deverá ser requerida por intermédio de seu representante legal.

Parágrafo único. A naturalização prevista no caput será convertida em definitiva se o naturalizando expressamente assim o requerer no prazo de 2 (dois) anos após atingir a maioridade.

Art. 71. O pedido de naturalização será apresentado e processado na forma prevista pelo órgão competente do Poder Executivo, sendo cabível recurso em caso de denegação.

§ 1º No curso do processo de naturalização, o naturalizando poderá requerer a tradução ou a adaptação de seu nome à língua portuguesa.

§ 2º Será mantido cadastro com o nome traduzido ou adaptado associado ao nome anterior.

Art. 72. No prazo de até 1 (um) ano após a concessão da naturalização, deverá o naturalizado comparecer perante a Justiça Eleitoral para o devido cadastramento.

Seção III Dos Efeitos da Naturalização

Art. 73. A naturalização produz efeitos após a publicação no Diário Oficial do ato de naturalização.

Art. 74. (VETADO).

Seção IV Da Perda da Nacionalidade

Art. 75. O naturalizado perderá a nacionalidade em razão de condenação transitada em julgado por atividade nociva ao interesse nacional, nos termos do inciso I do § 4º do art. 12 da Constituição Federal .

Parágrafo único. O risco de geração de situação de apatridia será levado em consideração antes da efetivação da perda da nacionalidade.

Seção V Da Reaquisição da Nacionalidade

Art. 76. O brasileiro que, em razão do previsto no inciso II do § 4º do art. 12 da Constituição Federal , houver perdido a nacionalidade, uma vez cessada a causa, poderá readquiri-la ou ter o ato que declarou a perda revogado, na forma definida pelo órgão competente do Poder Executivo.” (BRASIL, 2017)

2.10 Considerações preliminares

A compreensão dos conceitos básicos das relações internacionais e do direito

internacional para refugiados e das leis que os regem, fortalece a condição do Brasil como acolhedor respeitador das leis internacionais.

A entrada em vigor da nova Lei do Estatuto do Estrangeiro, em 2017, apresentou nova visão sobre os estrangeiros que adentram ao País, havendo necessidade de compreensão para atuação dentro das normas vigentes das entidades assistenciais na linha de frente ao indivíduo venezuelano. A atuação de órgãos nacionais e multinacionais na fronteira com a Venezuela tem sido frequentemente noticiada na mídia internacional, com a Operação Acolhida sendo elogiada pelo ACNUR. (ACNUR, 2019)

Porém, há a necessidade de compreender que, para a população local do Brasil, a situação trouxe sofrimento, doenças e aumento de toda sorte de mazelas de uma cidade fronteiriça com candidatos ao refúgio. O já deficiente sistema de saúde público da cidade de Pacaraima, da Capital Boa Vista e de outras cidades próximas têm sofrido com superlotação, agravado com a pandemia do COVID-19.

A grande demanda hospitalar pelas mães venezuelanas, onde 60% dos nascidos são prematuros, necessitando de UTI neonatal, pelo fato do acompanhamento pré-natal não ser adequado em seu País.

A concorrência por atendimento de saúde em Pacaraima tem trazido conflitos constantes entre brasileiros e venezuelanos, havendo relatos de questionamento frequente por partes dos brasileiros, que exigem prioridade, faltando-lhes conscientização de que a Constituição Federal, não distingue estrangeiro e brasileiro no tocante ao atendimento de saúde.

O relatório da visita técnica do Conselho Nacional de Procuradores Gerais, destaca a falta de coordenação entre entes da União, Estados e Municípios e das sociedades civis organizadas, cada um tomando atitudes independentes, não organizadas, confundindo ainda mais o brasileiro e o estrangeiro que necessita de apoio. (GNPG,2018).

As medidas de contenção sanitária emergencial por meio da padronização de políticas públicas viáveis poderiam minimizar a disseminação das doenças trazidas pelos refugiados venezuelanos.

A seguir, será explanado brevemente o sistema de saúde público da Venezuela, destacando-se o seu declínio gradativo a partir do ano de 2015,

3. SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NA VENEZUELA

Neste capítulo, descreve-se sobre o sistema de saúde da Venezuela, com destaque para o sistema público, suas origens e sua situação atual. Devido a carência de informações acessíveis sobre a Venezuela, as informações foram baseadas nas publicações de artigos científicos disponíveis na internet.

A Venezuela, no passado não muito distante já foi considerado modelo pela OMS pelo combate a várias doenças infectocontagiosas. A crise socioeconômica que se abateu sobre aquele país, dentre outros desastres, atingiu em cheio o serviço público de saúde, afetando em massa os mais desafortunados.

O ex-presidente Hugo Chávez Frías implementou a “revolução bolivariana”, conferindo maior controle sobre a gestão dos recursos oriundos dos negócios petrolíferos da Venezuela, distribuindo benefícios populistas criando as “missões” sociais, para implantar cursos de alfabetização, saúde e controle de preços sob forma de subsídio. (DA ROZ, 2008)

O sistema público de saúde da Venezuela baseada na atenção primária, inicialmente obteve sucesso a medida que permitiu acesso a saúde, de moradores das comunidades pobres dominadas por meliantes na Cidade de Caracas. (DA ROZ, 2008)

O governo venezuelano seguiu o modelo cubano de assistência médica primária, firmando convênio em 2004, permitindo a ajuda de 15mil médicos cubanos, os quais foram essenciais para a implantação do novo sistema de saúde. (DA ROZ, 2008)

Os médicos da *Misión Barrio Adentro* (MBA) entravam nos Bairros pobres e violentos para atender a população onde os médicos tradicionais recusavam-se a ir pelo fato do alto índice de criminalidade. Marco Aurélio da Ros (2008), em seu livro “*Misión Barrio Adentro-I*”, descreve que a missão foi criada pela necessidade de atender àquela população carente.

O MBA tem como objetivos: implantar um modelo de gestão participativa que responda às necessidades sociais dos grupos populares mediante a organização e participação das comunidades; articular as políticas sociais que deem respostas às necessidades da população; adequar a rede ambulatorial existente, aumentando a capacidade resolutiva por meio do aumento no número de consultórios populares, e , capacitar e potencializar as habilidades dos recursos humanos institucionais e comunitários mediante a educação e formação contínua.(MBA)

A crise venezuelana com a respectiva redução gradativa dos gastos em saúde pública, o investimento decaiu de 1,8% do PIB em 1995 para 1,5% do PIB em 2014. Com a redução do investimento, o sucesso do MBA começou a sentir efeitos negativos pela dificuldade no seu financiamento.

Para dar sustentabilidade ao MBA, era necessário a formação de médicos generalistas em medicina comunitária para substituir os médicos cubanos. O braço político-educacional da Venezuela decidiu criar a *Misión Robinson*, voltada para educação.

Dentre outras ações para educação no país, criou-se o programa nacional de medicina integral comunitária, curso destinado a formação de médicos generalistas para o MBA. Até 2014, foram formados 20mil médicos especialistas em medicina comunitária.

No entanto, a OPAS relata redução gradativa da disponibilidade de médicos na Venezuela, decaindo de 17,4médicos/10mil habitantes em 1990 para 12,4médicos em 2010. Segundo a OPAS, na América Latina, a média é de 22 médicos/10mil habitantes no mesmo período. A redução de médicos disponíveis tem sido motivada por inúmeros fatores como baixos salários, violação dos direitos trabalhistas, escassez de insumos médicos, insegurança no ambiente de trabalho, além de emigração para outros países, como EUA, Espanha e outros países das Américas. (DA ROZ, 2008; ROA, 2018; JORGE, 2016)

3.1 Assistência médica na Venezuela

A Venezuela já foi líder em controle de vetores e políticas de saúde pública na América Latina em 1961, tornando-se o primeiro país certificado pela OMS a eliminar a malária na maior parte de seu território. Com a deterioração da situação socioeconômica da Venezuela, o sistema de saúde daquele País entrou em colapso.

Segundo artigo publicado no caderno de saúde pública da Universidade de Lisboa de 2018, com o aumento do empobrecimento do povo Venezuelano e a conseqüente perda do poder aquisitivo, aumentou-se a vulnerabilidade social¹. Estudo publicado no jornal científico “*The Lancet Infectious Diseases*”, intitulado *Venezuela’s humanitarian crisis, resurgence of vector-borne diseases, and implications for spillover in the region*, enfatiza a necessidade de adotar medidas para o enfrentamento de epidemias e de ações estratégicas para impedir a expansão de doenças infecciosas transmitidas por vetores para além das fronteiras. O estudo que tem como coautor o Dr. Sérgio Luiz Bessa Luz, Diretor do Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), descreve a necessidade de criar um sistema de vigilância epidemiológica, com uma rede de laboratórios de referência para o enfrentamento

dessa ameaça. (GRILLET *et al*, 2019)

O sistema atual de saúde Venezuelano é altamente privatizado, o que não é garantia de atendimento de qualidade devido à escassez de medicamentos e material médico cirúrgico disponível, associada à reduzida disponibilidade de médicos em todas as especialidades decorrente de descontrole total do sistema de saúde por baixa prioridade dentro do governo venezuelano atual.

A partir de 2019, com o desmonte da Divisão de Epidemiologia e Estatísticas Vitais, do Centro Venezuelano de Classificação de Doenças, as informações epidemiológicas básicas tem sofrido constantes atrasos ou são omitidas para a OPAS. Metade da população daquele País depende exclusivamente do quase inexistente sistema de saúde local. A cobertura vacinal tem sido negligenciada, o que aumenta consideravelmente os índices de mortalidade materno-infantil e o aumento exponencial de doenças infectocontagiosas que estavam sob controle. (ROA, 2018; SEIXAS, 2019)

A MBA foi criada em 2003 com a finalidade de resolver problemas de falta de estabelecimento e seus respectivos recursos humanos para a atenção primária, principalmente nas áreas de difícil acesso em todo país. Foi concebido aos moldes do modelo cubano de assistência médica primária, havendo colaboração de pessoal de saúde cubano para cobrir áreas onde o governo venezuelano não conseguia atender. A MBA é um programa amplo, multidisciplinar, com regras definidas para a sustentabilidade material e do recurso humano necessário para continuidade do modelo. (DA ROZ, 2008)

Porém, até mesmo esse programa social tem sofrido reflexos da degradação socioeconômica da Venezuela, forçando a população a necessidade de recorrer ao serviço privado. O artigo conclui que a crise venezuelana promoveu uma importante privatização dos serviços de saúde, que mesmo sofrendo deficiências, ainda tem se mostrado em melhores condições que o setor público. Desde 2012, o programa forma 6 mil médicos egressos do PNFMIC, somando mais de 20mil graduados até 2014. Segundo a Dra. Alejandra Carrillo Roa (2018), com a migração de médicos especialistas para outros países, estes médicos egressos da PNFMIC ocuparam os cargos deixados pelos médicos especialistas, porém, com capacidades limitadas por baixo grau de conhecimentos médicos elementares. (ROA, 2018)

Houve evasão de médicos especialistas para outros países das Américas e Europa, com grande perda de capital humano de saúde especializado do País. Segundo a *Federación Médica Venezolana*, homólogo do Conselho Federal da Medicina (CFM), naquele país, relata perda de cerca de 20% da classe médica e, em algumas especialidades como anestesiologia e pediatria, a perda podendo chegar a 90%. Ainda segundo a OPAS, houve redução de leitos

hospitalares por mil habitantes que caíram de 1,3 para 0,73 leitos por mil habitantes no período de 2007 a 2015. (ROA, 2018)

A *Encuesta Nacional de Hospitales* (ENH), organização venezuelana fundada em 2014 pela sociedade médica local, a qual monitora o número de leitos públicos e privados disponíveis para a população, mostra que no ano de 2017, 39% do total de 16.238 leitos estavam inoperantes por motivos múltiplos. Quanto as salas cirúrgicas, no mesmo período, 51% estão indisponíveis para utilização. No mesmo ano de 2017, 64% dos hospitais que estavam funcionando não forneciam qualidade e quantidades adequadas de nutrientes aos pacientes internados. (ROA, 2018)

Quanto aos atendimentos pediátricos, 63,6% não conta com serviço pediátrico especializado de recém-nascidos. 63% dos hospitais e ambulatórios sofrem com falhas no abastecimento de água. (ROA, 2018)

Quanto aos serviços de diagnóstico por imagem, o ENH aponta que 94% dos tomógrafos públicos não funcionam. 89% de equipamentos de raios-x simples públicos também não funcionam. (ROA, 2018)

Segundo a *Federación Farmacéutica Venezolana* em 2016, 80% da população sofreu algum tipo de desabastecimento de medicamentos. Em 2017, 89% dos Hospitais públicos sofreram algum tipo de desabastecimento medicamentoso e de material médico cirúrgico. (ROA, 2018)

A falta de vacinação do povo venezuelano também chama atenção. A OPAS relata que nos anos de 2007 a 2009, a Venezuela deixou de vacinar contra a poliomielite todas as crianças abaixo de 05 anos, e que, desde então, a vacinação para poliomielite infantil tem sido negligenciada. Pacientes portadores de SIDA/HIV também têm sido negligenciados, não havendo controle de diagnósticos e tratamento com medicações antiretrovirais adequadas. (ROA, 2018)

Após anos de atraso, o Ministério da Saúde venezuelano publicou, em 2017, seu boletim epidemiológico relativo ao ano de 2016, mostrando aumento de 65,79% de mortalidade materna e aumento de 30% da mortalidade infantil em relação a 2015. Aumento de 76,4% de casos de malária confirmados no ano de 2015 e 2016, além de outras doenças infectocontagiosas tais como zika vírus, dengue vírus, doença de chagas. (ROA, 2018)

Outro fato a ser abordado é a questão da população indígena venezuelana, que como o restante do povo, padece de atenção na saúde. A maior etnia indígena venezuelana que atravessa a fronteira em busca de melhores condições sociais é a etnia *Warao*. Segundo o ACNUR, existem cerca de 5mil índios da etnia *Warao* registrados como refugiados no Brasil.

Os indígenas venezuelanos têm sofrido com doenças infectocontagiosas, tais como malária, leishmaniose, Doenças de Chagas, HIV, sarampo, zika vírus dentre outras doenças transmissíveis ou não.

Relatório do ACNUR de julho de 2020, sobre o perfil do indígena da etnia *Warao* interiorizado no Estado do Pará, onde cerca de 1mil indivíduos vivem, cerca de 50% acessaram o sistema de saúde local, por motivos além de doenças infectocontagiosas, utilizando serviços de maternidade, oncologia e outras doenças não contagiosas, demonstrando a alto grau de vulnerabilidade desse povo. (ROA, 2018; SEIXAS, 2019; ACNUR, 2020a)

4. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – BRASIL

4.1 História do Sistema Único de Saúde brasileiro

A CF de 1988, no seu Art. 196, deixa claro que: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. (BRASIL, 1988)

Até antes da promulgação da CF em 1988, a população brasileira carente recebia atendimento médico por meio de Hospitais filantrópicos como as Santas Casas atreladas a alguma instituição religiosa, a título de caridade.

Para atender a população que tinha carteira de trabalho devidamente registrada, cada categoria de trabalho (bancários, ferroviários etc.), possuíam seus Institutos de aposentadorias e pensões que contratavam serviços privados para esse fim. Com a unificação dos diversos institutos, criou-se o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e, posteriormente, substituído pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Note-se que somente a população que estivesse empregada regularmente com a carteira de trabalho, e seus dependentes poderiam ser atendidos no INAMPS, deixando à margem boa parte da população brasileira que, ou não tinham carteira de trabalho, ou não eram devidamente registrados. (MINAS GERAIS, 2021)

As grandes unidades de saúde do INAMPS localizavam-se em centros urbanos desenvolvidos, notadamente na região sudeste e sul do Brasil, onde naturalmente havia maior concentração de trabalhadores formais, não havendo a universalidade na disponibilização de serviços de saúde. (MINAS GERAIS, 2021)

Antes da criação do SUS, os brasileiros acessavam a saúde de acordo com o poder econômico de cada um. Os que tinham recursos financeiros para pagar serviço médico privado; os trabalhadores formais que eram atendidos pelo INAMPS; e os que não tinham recursos e eram atendidos em hospitais filantrópicos e instituições de caridade. (MINAS GERAIS, 2021)

Na década de 1980, por meio da assinatura de convênios com os governos estaduais, o INAMPS inicia atendimento sem a necessidade apresentação da carteira de trabalho, dando início a universalização ampla e irrestrita no atendimento à saúde do povo brasileiro,

mudando de nomenclatura para Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Ainda na década de 1980, com movimentos de mudança do regime político, o “Movimento da Reforma Sanitária” foi um importante motor para a criação do SUS. (MINAS GERAIS, 2021)

4.2 Sistema Único de Saúde – atualidade

O SUS foi criado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, após a promulgação da CF de 1988. Atualmente o SUS é o maior programa de assistência médica pública do mundo e que atende toda a população brasileira, irrestrita e com universalidade. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990)

O atendimento ao estrangeiro em território nacional também está assegurado pela CF, no seu Art. 5º. O SUS é um sistema hierarquizado de assistência médica com doutrinas bem estabelecidas e é composta por uma extensa rede que envolve desde ambulatorios de assistência básica até procedimentos clínico-cirúrgicos de alto custo e complexidade. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990)

A porta de entrada do SUS se faz através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) sob a responsabilidades das prefeituras dos municípios brasileiros, seguidas do cadastro no Cartão Nacional de Saúde (CNS). Para o cadastro no CNS é necessário apresentar documentação de identificação, Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou registro de nascimento/casamento. Todo atendimento realizado em unidades do SUS devem ser inseridos no banco de dados do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

As informações dos dados do CNS permitem ao gestor do SUS local, realizar planejamentos estratégicos para melhor atender seus cidadãos por meio de promoção de programas preventivos e, também distribuição de medicamentos de fornecimento gratuito. De posse do CNS, o cidadão passa a ter acesso a uma rede hierarquizada de atendimento sanitário multidisciplinar desde consultas básicas até os mais complexos tratamentos de alto custo mantendo a universalidade e gratuidade do atendimento, esta sendo uma das doutrinas pétreas do SUS. (SOUZA, 2002; MINAS GERAIS, 2021)

4.2.1 Unidades básicas de saúde (UBS)

As UBS oferecem atendimento básico em pediatria, ginecologia, clínica Geral, enfermagem, odontologia e fornecimento de medicação básica, com funcionamento em horário de expediente comercial. As UBS são categorizadas em níveis, I, II, III e IV. UBS I

composta por uma equipe de saúde da família. UBS II, composta por duas equipes de saúde da família. UBS III, composta por três equipes de atenção básica e UBS IV composta por quatro equipes de atenção básica. As UBS são formadas por agentes comunitários de saúde (ACS), equipes de saúde da família (ESF) e núcleo de apoio a saúde da família (NASF). (MINAS GERAIS, 2021)

4.2.2 Unidade de pronto atendimento (UPA)

As UPA são destinados ao atendimento de urgência e emergência com atendimento 24 horas, sete dias por semana, que também é categorizada em níveis: UPA porte I, tem de 5 a 8 leitos de observação com capacidade de atender até 150 pacientes por dia para uma população na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes. UPA porte II, 9 a 12 leitos de observação, com capacidade de atender até 300 pacientes por dia para uma população na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes. UPA porte III, 13 a 20 leitos de observação com capacidade de atender até 450 pacientes por dia e população na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes. Em caso de o atendimento necessitar tratamento de maior complexidade, os pacientes são transferidos para Hospitais seguindo um critério de regulação exercido por equipe designada pelo gestor local. As UPAs são responsáveis pelo atendimento de média complexidade. (MINAS GERAIS, 2021)

4.2.3 Hospitais do SUS

Para atendimentos que maior complexidade, pacientes regulados pelo gestor local são direcionados aos hospitais. Os hospitais da rede SUS são categorizados em: Pequeno porte: É o hospital que possui capacidade de operação de até 50 leitos. Médio porte: É o hospital que possui capacidade de operação de 51 a 150 leitos. Grande porte: É o hospital que possui capacidade de operação de 151 a 500 leitos. Acima de 500 leitos considera-se hospital de capacidade extra. Também existe categorização por perfil de atendimento, divididos em: Hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital de urgência, hospital universitário e de ensino e pesquisa. Quanto à complexidade de atendimento, os hospitais são classificados como: Primário, secundário, terciário e quaternário. (MINAS GERAIS, 2021)

4.2.4 Medicamentos – fornecimento

O SUS fornece medicações gratuitamente, incluindo medicações básicas até medicações de alto custo ao cidadão devidamente cadastrado com o CNS e registrado em alguma ESF nas UBS. Entende-se por medicações básicas as destinadas para o tratamento/controle de doenças da atenção primária como hipertensão arterial, diabetes e alguns analgésicos.

As medicações de alto custo destinam-se a tratamentos de doenças complexas realizados em unidade hospitalares igualmente complexos.

Existem ainda os medicamentos estratégicos que são aqueles destinados para doenças com perfil endêmico, com potencial de impacto socioeconômico importante, cujo tratamento e controle tem protocolos definidos, conhecidos como doenças de notificação compulsória (doenças que a unidade de saúde tem a obrigação de notificar o Ministério da Saúde) como no caso da tuberculose, febre amarela, dengue, leishmaniose, dentre outras. (MINAS GERAIS, 2021)

4.2.5 Imunização

4.2.5.1 A história da imunização no Brasil

A varíola, doença secular, causava mortos em todo mundo, e, na capital do Brasil a época, no Rio de Janeiro, no ano de 1904, cerca de 3500 indivíduos perderam suas vidas decorrente dela. A vacina para varíola existe desde o século XVIII, sendo de aplicação obrigatória no Brasil desde o século XIX, porém, tal medida nunca havia sido implementada.

Oswaldo Cruz, Diretor de Saúde Pública, consegue encaminhar ao Congresso Nacional projeto de lei ratificando a necessidade da obrigatoriedade da vacinação compulsória. Após intenso debate e contrariedade de parte de integrantes do Congresso, o projeto de lei é aprovado, conferindo amplos poderes a autoridade sanitária no combate a enfermidade. Para os “*Apostolados Positivistas*”, grupo de pessoas discordantes, a obrigatoriedade retirava direitos individuais, além do temor da própria vacinação propagar ainda mais a doença.

Com ânimos exaltados, nove dias após a assinatura do projeto de lei, em 10 de novembro de 1904, eclode a “*revolta da vacina*”, movimento em que milhares de pessoas por todo o Rio de Janeiro saíram às ruas contra a vacinação compulsória. O comércio fechou as portas e os transportes públicos entraram em colapso. A revolta da vacina evoluiu para uma tentativa de golpe militar, onde se exigiu a deposição do então Presidente Rodrigues Alves, o

qual foi obrigado a declarar estado de sítio para controlar a grave situação social.

A revolta deixou o triste saldo de 30 mortos, 110 feridos e 945 pessoas presas. A grande revolta popular obrigou o PR a cancelar a vacinação obrigatória. A primeira campanha de vacinação em massa no Brasil havia fracassado. Em 1906, o número de óbitos aumentou para cerca para 6.500, cobrando o preço pelo cancelamento da medida preventiva. (SEIXAS, 2019)

Após o término da grande guerra (1914-1918) e com a chegada da gripe espanhola ao Brasil, a saúde pública, muito focada na prevenção, torna-se um assunto relevante entre a população, que passa a perceber a precariedade da assistência sanitária principalmente na população rural, havendo esforço para saneamento e cuidados no combate as verminoses e vetores de doenças.

Durante as décadas seguintes, a vacinação prosseguiu dentro das dificuldades inerentes da época. Havia a necessidade de transporte da vacina em baixas temperaturas com o uso de refrigeradores que, na época, traduzia-se como dificuldade logística para atender as regiões mais distantes dos centros urbanos e as regiões norte e nordeste do País.

O importante salto tecnológico foi dado pela antiga União dos Estados Socialistas Soviéticos que conseguiu liofilizar, que consistia em desidratar a vacina, bastando para usá-la, recompor com solvente não havendo a necessidade de transporte refrigerado. Essa tecnologia permitiu a vacinação de pessoas em áreas de difícil acesso, com a segurança da aplicação da vacina contendo componente ativo. Seguiu-se a campanha de vacinação por todo o Brasil, com o país erradicando a varíola no início da 1970. Os últimos 19 casos de varíola aconteceram no Rio de Janeiro 1971. Em 1973 o Brasil recebe da OMS o certificado de país livre da varíola. (GAZÊTA, [s.d.]

4.2.5.2 Programa Nacional de Imunização (PNI)

Segundo a OMS, o Brasil possui um dos mais robustos programas de imunização pública do mundo. São mais de 300 milhões de doses anuais distribuídas em vacinas, soros e imunoglobulinas, fatos que contribuíram, por exemplo, para a erradicação da varíola e da poliomielite, além da redução dos casos e mortes derivadas do sarampo, rubéola, tétano, difteria e coqueluche.

O PNI emerge na esteira do sucesso alcançado pela erradicação da Varíola na década de 70. O MS, em 1973, criou a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde (DNEES), que incorporou em seus quadros de recursos humanos toda a massa crítica de profissionais que havia sido empregada na campanha de erradicação da varíola. Cabe ressaltar

que até então, as atividades de vacinação estavam divididas: enquanto algumas eram operacionalizadas pelos programas verticais do MS, como varíola, tuberculose e febre amarela, outras eram executadas por meio das secretarias estaduais de Saúde como poliomielite, sarampo e vacina tríplice bacteriana. (BRASIL, 2021)

O PNI é inaugurado no final de 1973, subordinado ao então DNEES. Segundo Temporão *apud* Benchimol¹, seria preciso estender as vacinações às áreas rurais, aperfeiçoar a vigilância epidemiológica em todo o território nacional e capacitar laboratórios oficiais para respaldarem com diagnóstico, controlar a qualidade das vacinas, racionalizar sua aquisição e distribuição e uniformizar as técnicas de administração, além de promover a educação em saúde para aumentar a receptividade da população às campanhas. (TEMPORÃO, 2003)

A criação do PNI não foi unanimidade no seu início por motivos operacionais. De um lado, profissionais remanescentes da campanha de erradicação da varíola, que defendiam uma gestão centralizada no MS, baseada em grandes campanhas nacionais em que as vacinas eram aplicadas em alguns dias definidos no ano, e, de outro lado, profissionais que atuavam na prevenção de outras doenças tipo poliomielite, sarampo, tríplice bacteriana que ficavam sob responsabilidade das secretarias estaduais e municipais de saúde, baseadas em postos de saúde com aplicação regular de rotina.

Após vários atritos sobre a gestão do embrionário PNI, um evento em junho de 1980, ficou conhecido como “primeiro dia de vacinação nacional”. Naquele dia, mobilizaram-se mais de 320mil colaboradores, a maioria voluntários, e foram criados 92mil postos de vacinação, sendo concluído com enorme sucesso, evidenciando que as grandes campanhas funcionam com eficiência, tornando-se deste então a doutrina padrão do PNI. Não obstante o sucesso das campanhas nacionais de vacinação, o sistema de vacinação rotineira nas UBS foi preservado.

O Brasil recebeu da OMS em 1994 certificado de área livre da poliomielite. As campanhas de vacinação nacional permanecem até os dias atuais. Atualmente, o PNI tem registrados 14 vacinas em todas as faixas etárias, todas disponíveis nas UBS das secretarias municipais com aplicação gratuita. O mundo atravessa por uma pandemia decorrente do COVID-19, estando o PNI na ponta de lança para vacinação do povo brasileiro o mais breve possível. (BRASIL, 2021)

O SUS possui ainda vários programas específicos para cada público, e várias redes

1 BENCHIMOL, J. L. (org.) 2001 *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

de assistência diferenciada por especificidade. A partir de 1997 foi criada o Sistema Nacional de Transplante, programa que coordena e fornece transparência em todo o processo de transplante de órgãos no Brasil.

A rede cegonha, destinada a implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (pós-parto), bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. O programa tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País. Juntamente da rede cegonha, criou-se a rede brasileira de banco de leite humano, incentivando a sociedade para a doação, triagem e armazenamento correto de todo leite humano materno doado no Brasil.

O programa “Mais Médicos”, que foi criado em 2013 para proporcionar atendimento sanitário em localizações com baixa densidade de estruturas de saúde contratando-se médicos cubanos pelo convênio entre MS e a OPAS.

Sobre a saúde indígena, o MS possui sobre seu guarda-chuva a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que coordena a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). O SASISUS divide por área de atuação em 34 distritos especiais de saúde indígena. Esses distritos são espaços étnicos culturais sem levar em consideração a divisão por estados brasileiros, tendo como missão o auxílio na organização nos serviços de saúde, respeitando-se as particularidades étnicas de cada povo indígena, proporcionando atendimento de qualidade sem discriminação. (MINAS GERAIS, 2021)

A Portaria nº70, de 2004, constando na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, aprova as diretrizes do modelo de gestão da saúde indígena descritas a seguir:

Art. 1º O modelo de gestão de saúde indígena segue as seguintes diretrizes:

- I - A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas;
- II – O objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde;
- III - A implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania; IV – O Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etnoculturais, sob responsabilidade do gestor federal;
- V – Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede

interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade;

VI - A estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos - Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade;

VII - O processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais;

VIII - Na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações;

e IX - A implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas.

DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS

Art. 2º Ao Ministério da Saúde compete:

I - Formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

Art. 3º À Fundação Nacional de Saúde - FUNASA – compete:

I - Coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Art. 4º Ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde, compete:

I - Planejar, promover e coordenar o desenvolvimento de ações integrais de atenção à saúde dos povos indígenas;

II - Planejar, coordenar e garantir a assistência farmacêutica no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas;

III - Coordenar e executar o sistema de informação da saúde indígena;

IV - Promover e divulgar a análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena;

V - Propor normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros, o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena;

VI - Supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do DSEI;

VII - Implantar instrumentos para organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas;

VIII - Articular com os órgãos responsáveis pela política indígena no país o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades indígenas;

e IX - Propor alterações nas áreas de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Art. 5º Às Coordenações Regionais (CORE) da Fundação Nacional de Saúde, compete:

I - Coordenar e articular no âmbito de cada Unidade Federada a execução das ações de saúde indígena;

II - Planejar em conjunto com os DSEI as ações integrais de saúde indígena;

III - Articular junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) o fluxo de referência de pacientes do distrito sanitário aos serviços de média e alta complexidade do SUS;

IV - Articular junto aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação de comissões técnicas de saúde indígena;

V - Assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos

Distritais de Saúde Indígena;

VI - Homologar e dar posse aos membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena;
 VII - Articular no âmbito de cada unidade federada com os órgãos envolvidos com a política indígena o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades;
 e VIII - Executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA.

Art. 6º Ao Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI), compete:

I - Planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena;

II - Executar o fluxo de referência e contra referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade;

III - Acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho;

IV - Avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência;

V - Alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência;

VI - Propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos;

VII - Assegurar as condições para a implantação e implementação do Conselho locais de saúde indígena;

VIII - Articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas;

IX - Executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental;

X - Executar em conjunto com Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde;

XI - Fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena;

XII - O chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito;

e XIII - Executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA.

Art. 7º Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena compete:

I- Aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena;

II- Acompanhar as ações dos Conselho locais de saúde indígena;

e III - Exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena.

Art. 8º Aos Estados, Municípios e Instituições Governamentais e não Governamentais compete:

I - Atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena.

Parágrafo único. A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA definirá, observando as características das populações envolvidas, as ações complementares que ficarão a cargo das entidades previstas neste artigo. (BRASIL, 2017)

Atualmente, a SESAI atende cerca de 755.899 indígenas, 5.852 aldeias, 305 etnias que falam 274 línguas, com um total de 14.200 profissionais de saúde (50% indígenas) de recurso humano. (BRASIL, 2021b)

4.3 Infraestrutura de saúde na fronteira Brasil – Venezuela

O Brasil faz fronteira com a Venezuela e sua extensão total é de 2.199km, cujas cidades mais próximas são Pacaraima no Brasil e Santa Elena de Uairén na Venezuela, interligados pela rodovia federal BR-174 de Boa Vista e Manaus a qual se junta ao venezuelano Troncal 10.

Pacaraima, no Estado de Roraima é um município com 18.913 habitantes segundo senso do IBGE de 2020, com uma área total de 8.025,045km², distante 215Km da capital Boa Vista.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualmente no Estado de Roraima existem 13 polos de saúde: (DATASUS; 2018)

- 01 central de regulação;
- 01 central de regulação médica das urgências;
- 01 centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica;
- 11 centros de atenção psicossocial (CAPS);
- 79 centros de saúde/unidade 20 básica de saúde;
- 110 clínicas especializadas/ambulatórios especializados;
- 02 hospitais especializados,
- 10 hospitais gerais;
- 07 Unidades Mistas;
- 01 Pronto Atendimento;
- 309 Unidades de Atenção à Saúde Indígena;
- 01 Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN);
- 04 Laboratórios de Saúde Pública;
- 01 Serviço de Telesaúde;
- 37 Unidades de Vigilância em Saúde;
- 01 Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos Estadual;
- 23 Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência; e
- 02 Polos de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde.

Já a cidade Pacaraima dispõe de rede de saúde constituída por: (DATASUS, 2018)

- 01 Hospital Geral;
- 01 Academia de Saúde;

- 01 Serviço de Vigilância em Saúde (Posto de fronteira de Pacaraima RR ANVISA);
- Setor de Endemias;
- Setor de Vigilância Sanitária;
- 03 Unidades Móveis de Nível pré-hospitalar na área de urgência (SAMU 192 de Pacaraima);
- 01 Centro de Saúde;
- 05 Equipes de Saúde da Família;
- 01 Equipe de Saúde Bucal (03 Modalidades I e 01 Modalidade II);
- 01 Equipe de Núcleo de Apoio a Saúde Família- NASF 2;
- 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 1);
- Unidade de Atenção à Saúde Indígena com 06 polos - bases indígenas. (DATASUS,2018)

A infraestrutura de saúde atual é insuficiente para atendimento dos moradores locais, agravada pela situação dos imigrantes que cresce a números geométricos, e, também, devido a pandemia do COVID-19, que lotam os serviços de assistência à saúde com longas filas. Destaca-se que muitos imigrantes comparecem com doenças infectocontagiosas sem controle, como no caso dos indígenas da etnia *Warao*, altamente infectados pelo SIDA/HIV. (CNN, 2020)

Há descrição de problemas de infraestrutura sanitária, aqueles relacionados à estrutura de saúde local de Roraima e à inadequação de locais de atendimento, de abrigo e alojamentos. Falta de estrutura hospitalar na cidade de Pacaraima (com distância de 2h e 30 min dos hospitais de referência). Escassez de insumos, principalmente os itens relacionados à falta de medicamentos e de equipamentos para suporte de atendimento a pacientes graves, inclusive para permitir transporte desses em longas distâncias. (SOUZA E MELLO, 2020)

As gestantes venezuelanas comparecem no último trimestre da gestação sem acompanhamento pré-natal, com maiores riscos de complicações no parto. Deixou-se claro que os problemas no atendimento sanitário à população de Pacaraima são antigos, sendo somente agravado com a nova situação. (PEITER, 2005)

[...] a desnutrição, as doenças diarreicas agudas e verminoses, a tuberculose (nas áreas indígenas), as endemias (malária, dengue e leishmaniose), as infecções respiratórias agudas e a gravidez precoce. As doenças infecciosas e parasitárias são a primeira causa de internação no município. A malária sozinha responde por metade das internações hospitalares anuais em Pacaraima. (2005 PEITER, 2005, p.252)

O sistema de saúde da Venezuela colapsou com o decaimento da condição socioeconômica daquele país. Muitos venezuelanos têm buscado refúgio no Brasil para, dentre outras demandas, atendimento a saúde, sendo a situação sanitária, relevante motivador

de saída de seu país de nascimento.

Não obstante o atendimento de saúde da população brasileira pelo SUS ter suas mazelas, a situação agravou-se com aumento súbito de demanda por esse tipo de serviço público.

A CF é ampla e inclusiva, não restringe o atendimento de saúde a qualquer indivíduo nacional ou estrangeiro, não havendo nenhuma limitação no nível de atendimento de saúde, seja ele atendimento a nível ambulatorial ou aqueles cuidados que necessitam de atendimento terciário ou quaternário de alta complexidade.

O Brasil possui o SUS, um dos sistemas de saúde pública mais amplo do mundo, para sua população de mais de 200 milhões de habitantes, totalmente gratuito e universal.

As cidades brasileiras que fazem fronteira com a Venezuela, tem sofrido maiores impactos pelo fato de ser a porta de entrada desses indivíduos que buscam auxílio para si e para sua família. Os impactos na população brasileira de fronteira envolvem todos os aspectos, gerando preconceito, xenofobia, violência e toda sorte de mazelas que ocorrem em situações de crise humanitária com recursos financeiros e humanos limitados. No próximo capítulo, descrever-se-á como o Brasil por meio da OA tem recebido os imigrantes solicitando refúgio na fronteira norte, com destaque para o acolhimento de saúde.

5. OPERAÇÃO ACOLHIDA E SUA ESTRUTURA DE SAÚDE

Neste capítulo, descrever-se-á à estrutura de acolhimento sanitário da OA. Esta operação foi estruturada para fazer frente a situação inédita de ter refugiados na fronteira norte do país, o qual trouxe novos desafios para o governo federal em todas as esferas. Assim, para apresentar de forma panorâmica o funcionamento da OA, dividiremos em três seções.

Na primeira, descreve-se o Comitê Federal de Assistência Emergencial (CFAE), os entes governamentais envolvidos e a lógica de sua operação, apontando, inclusive, alguns dos dispositivos legais que regulamentam sua atuação, visando proporcionar um cenário que permita vislumbrar a proposta de barreiras sanitárias para uma defesa multinível.

Na segunda seção, descreve-se a participação de outros níveis da federação e da sociedade civil organizada por meio dos múltiplos atores que operam complementarmente aos esforços governamentais. A complexidade da Operação Acolhida proporciona oportunidades de coordenação de esforços entre múltiplas agências e organismos, governamentais e não-governamentais. Assim, torna-se importante apontar essa colaboração para embasar os objetivos deste trabalho.

A terceira seção, por sua vez, falará da estrutura sanitária que foi criada a partir da OA nas cidades de Pacaraima e Boa Vista. A montagem da infraestrutura básica foi concebida pelo MD, como tendas, segurança orgânica, projeção do fluxo de entrada, enfim, toda logística de entrada do estrangeiro pela BR 174, via rodoviária pavimentada, que liga as cidades de *Santa Elena de Uairén*, na Venezuela e Pacaraima, no Brasil. O braço responsável por todo acolhimento sanitário ficou sob responsabilidade do MS, com indicação de médicos, enfermeiros e pessoal de apoio necessários para o acolhimento humanizado do refugiado.

E finalmente, a última seção destacará a situação da migração de indígenas, sobretudo da etnia *Warao*, maior grupo étnico que atravessa as fronteiras em direção ao Brasil, buscando alimentos, medicamentos, cuidados para si e para seus familiares. Até dezembro de 2020(ACNUR, warao no Brasil), cerca de 5mil indígenas adentraram o território brasileiro, muitos desnutridos e carregando doenças infectocontagiosas, motivo pelo qual será brevemente abordado no presente estudo.

Conclui-se o capítulo com considerações sobre esse processo, de forma a destacar as questões de maior relevância.

5.1 Comitê Federal de Assistência Emergencial – Operação Acolhida

Para o enfrentamento da grave situação com indícios de risco a segurança transnacional, o Governo Federal optou à época, constituir uma força tarefa multidisciplinar sob comando do MD, por meio do Decreto nº 9.286, de 15 de fevereiro de 2018 e, posteriormente, atualizada pelo Decreto nº 9.970, de 14 de agosto de 2019, criando o Comitê Federal de Assistência Emergencial (CFAE). A OA, ainda em andamento na fronteira com a Venezuela, conjuntamente com organismos governamentais e não governamentais, objetivando otimizar o acolhimento integral humanizado do refugiado. A CFAE inicialmente composta por integrantes dos seguintes entes governamentais: (BRASIL, 2019)

- a) Casa Civil da Presidência da República – Coordenador de toda operação;
- b) Ministério da Justiça e Segurança Pública – Responsável pelo controle e regularização migratórios, compostos por membros da Polícia Federal, além da política migratória brasileira, inclusive laboral. Também é responsável pela avaliação dos pedidos de refúgio no país, com o Conselho Nacional para Refugiados – CONARE.

O CONARE é um órgão colegiado vinculado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, que delibera sobre o reconhecimento do status de refugiados no Brasil, cujas atribuições estão definidas no Art. 12 da Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997. É composto por membros a seguir descritos: O Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJ - presidência), o Ministério das Relações Exteriores (MRE), o Ministério da Saúde (MS), o Ministério da Educação (MEC), o Ministério da Economia (ME), e a Polícia Federal (PF). Os atuais representantes da sociedade civil (titular e suplente, respectivamente) são da Cáritas Arquidiocesanais do Rio de Janeiro e de São Paulo. O ACNUR é membro convidado, possui voz, mas sem direito a voto. (BRASIL, 1997)

O CONARE realiza reuniões periódicas – não excedendo 60 dias desde a data da última –, cujo quórum mínimo é de quatro membros votantes. Cada caso é instruído com um parecer elaborado por servidor público do Ministério da Justiça e Segurança Pública, o qual é elaborado com base em entrevista realizada com o solicitante de reconhecimento da condição de refugiado, pesquisa do país de origem e demais elementos apresentados para a comprovação de fundado temor de perseguição no país de origem. É importante ressaltar que a decisão sobre as solicitações compete ao CONARE, que pode acatar, ou não, o parecer opinativo elaborado pelo servidor e pela Coordenação-Geral do CONARE.

Segundo o *site* da CONARE, mais de 900 crianças venezuelanas foram reconhecidas como refugiados somente em 2021. Desde 2019, mais de três mil crianças venezuelanas obtiveram o status de refugiado; (BRASIL, 1997; CONARE, [s.d.]

- c) Ministério da Defesa – Tem atuação transversal na Operação Acolhida, oferecendo suporte logístico a todas as ações, desde o ordenamento da fronteira, abrigamento e interiorização. É da Defesa o coordenador operacional da Operação no estado de RR;
- d) Ministério das Relações Exteriores – Auxilia em todas as demandas e ações relacionadas às relações com os migrantes e refugiados venezuelanos e sua regularização migratória. Também é responsável pela relação com os órgãos internacionais envolvidos na Operação, trabalhando conjuntamente com o CONARE para regularização de estrangeiros imigrantes no Brasil;
- e) Ministério da Educação – Responsável por ações de educação e pela articulação com entes federativos locais para promoção e organização de iniciativas relativas à educação. Nos abrigos em Roraima e na estrutura da fronteira, essas ações contam com o apoio da UNICEF.

O MEC juntamente com a Secretaria Estadual de Educação e Desporto de Roraima, a Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Boa Vista e a Universidade Federal de Roraima (UFRR), realizam nivelamento do conhecimento de jovens em idade escolar ainda em Roraima, para facilitação do ingresso na escola pública na série adequada na cidade de interiorização. Em 2019, o estado de RR possuía 6460 estudantes regularmente matriculados nas escolas públicas; (BRASIL, 2019)

- f) Ministério do Trabalho – Após a reforma ministerial, de foi englobada pelo Ministério da Economia, da justiça e Cidadania. Responsável pela emissão de carteira de trabalho e cadastro no CPF dos refugiados que foram admitidos pelo CONARE;
- g) Ministério do Desenvolvimento Social – Após a reforma ministerial, foi englobada pelo Ministério da Economia, da justiça e Cidadania. Atuação em conjunto com o extinto Ministério do Trabalho.
- h) Ministério da Saúde – Responsável pelas ações de promoção de saúde, controle de surtos e epidemia, além de articulação com os entes federativos locais para garantir uma resposta adequada para o cuidado em saúde;
- i) Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão – Responsável pela gestão financeira de toda AO;
- j) Ministério da Integração Nacional – Responsável pelas ações visando interiorização dos refugiados. A atuação conjunta de vários entes governamentais envereda esforços para o

Programa de interiorização de refugiados. Até maio de 2021, 52.963 venezuelanos foram interiorizados pelas cidades brasileiras, sendo o Estado do Paraná o maior receptor com 8.831 pessoas, seguido pelo Estado de São Paulo com 8.200 pessoas; (PAINEL INTERIORIZAÇÃO, 2021)

- l) Ministério da mulher, família e dos Direitos Humanos – Responsável por ações na defesa da mulher e dos direitos humanos dos refugiados; e
- m) Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

Para atuação plena da CFAE, uma sequência de dispositivos legais seguiu sendo editadas para a consolidação da OA. Destacaremos as mais importantes, tais como:

- Portaria nº 629/2018, de 28/02/2018 destinando repasse de R\$ 1,9 milhões para o estado de Roraima nas ações de abrigamento assistencial social; (BRASIL, 2018g)
- Medida provisória nº 823/2018 de 09/03/2018, abrindo crédito extraordinário de R\$ 190 milhões para o MD necessários a iniciar a instalação de infraestrutura básica;
- Portaria nº 951/2018 de 12/03/2018, garantido repasse de R\$ 600 mil do Ministério do Desenvolvimento Social para a cidade de Pacaraima-RR e R\$ 480mil para a cidade de Santarém-PA; (BRASIL, 2018h)
- Resoluções nº 2, de 26 de março de 2018, nº 3 e nº 4, ambas de 02 de maio de 2018, criação do Subcomitê Federal para interiorização, assim como do Subcomitê Federal para Recepção, identificação e triagem, além do Subcomitê Federal para ações de Saúde para os migrantes e refugiados que se encontram em RR, iniciando-se assim os primeiros movimentos para a interiorização daqueles que assim o desejarem; (BRASIL, 2018c; BRASIL, 2018d; BRASIL, 2018e)
- Portarias nº 1.384 e 1.385, de 14/05/2018, garantindo repasse de R\$190 milhões em investimentos do MS para aplicar em ações e serviços de saúde por meio do SUS em RR; (BRASIL, 2018f; BRASIL, 2018g)
- Lei nº13.684/2018, de 21/06/2018, estabelece medidas de assistência humanitária aos migrantes e refugiados venezuelanos (BRASIL, 2018a);
- Medida Provisória nº 857, de 20/11/2018, abertura de crédito de R\$ 75,2 milhões para o MD, a ser utilizado na AO (BRASIL, 2018b);
- Medida Provisória nº 880/2019, de 15/01/2019, abertura de crédito extraordinário de R\$ 223,8 milhões para a AO (BRASIL, 2019a); e
- Resolução nº 10/2019, de 04/11/2019, instituindo o Sistema Acolhedor como cadastro oficial da AO, e base de dados oficial para interiorização nas modalidades trabalho,

reunificação familiar e reunião social. (BRASIL, 2019b)

O Art. 2º do Decreto nº 9.970, de 14 de agosto de 2019, descreve as atribuições da CFAE:

- I - articular ações, projetos e atividades desenvolvidos com apoio dos Governos federal, estadual, distrital e municipal no âmbito da assistência emergencial;
- II - estabelecer as diretrizes e as ações prioritárias do Governo federal para a implementação da assistência emergencial;
- III - supervisionar o planejamento e a execução de ações conjuntas de órgãos que atuem na execução das medidas estabelecidas pelo Comitê;
- IV - propor, aos órgãos competentes, medidas para assegurar os recursos necessários à implementação das ações, dos projetos e das atividades de assistência emergencial;
- V - firmar parcerias com:
 - a) órgãos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário;
 - b) entes federativos;
 - c) organizações da sociedade civil;
 - d) entidades privadas;
 - e) especialistas; e
 - f) organismos internacionais;
- VI - acompanhar e avaliar a execução da assistência emergencial e adotar medidas para a mitigação de riscos.
- VII - elaborar relatório semestral de suas atividades, com a avaliação da execução e dos resultados das políticas. (BRASIL, 2019)

O item I descrito acima é importante para a defesa sanitária do Brasil, onde descreve a assistência emergencial ao refugiado, devendo-se tomar medidas para a assistência humanitária, que engloba a assistência sanitária emergencial para o indivíduo, porém, devendo o MS preocupar-se com a possível entrada ou reentrada de patógenos que possam causar disseminação de endemias. O grande afluxo de migrantes pela fronteira seca entre os dois países permite entrada e saída com facilidade, por caminhos alternativos não pavimentados, sem fiscalização das autoridades competentes, expondo vulnerabilidade no controle migratório, inclusive com riscos de crimes transnacionais. Há que se reforçar a fiscalização fronteiriça sob risco de permitir livre trânsito, não só de doenças, mas, de drogas ilícitas, armamento ilegal e tráfico de toda sorte.

5.2 A sociedade civil na Operação Acolhida

A complexidade da OA e a necessidade de coordenação com outros atores políticos para o sucesso dos esforços levou ao envolvimento de outros atores, tanto subestatais quanto da sociedade civil organizada. Assim, aos esforços do CFAE, juntaram-se outros entes federais, estaduais, municipais, ONG, organismos internacionais, tais como:

- Na esfera federal: A Receita Federal, ABIN, Força Nacional do SUS, VIGIAGRO, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e a Força Nacional de Segurança;

- Na esfera estadual: O Governo do Estado de Roraima, Polícia Militar RR, Polícia Civil RR, Companhia de Água e Esgoto de Roraima, Secretaria do Trabalho e Bem Estar Social, Corpo de Bombeiros/Defesa Civil, Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Roraima, SENAC e o SESC;
- Na esfera municipal: A Prefeitura Municipal de Boa Vista, Secretaria Municipal de Obras de Boa Vista e a Guarda Municipal de Boa Vista;
- Organismos Internacionais, como o ACNUR, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional mediante seu escritório para assistência a desastres no exterior, Organização Internacional de Migração (OIM), Fundo de População das Nações Unidas e a Associação de Voluntários para o Serviço Internacional – Itália;
- ONG a Fraternidade Federação Humanitária Internacional, Fundação Panamericana para o Desenvolvimento, Fraternidade sem Fronteiras, TELECOM sem Fronteiras e os Médicos Sem Fronteiras; e
- Entidades a Igreja Católica, Igreja Metodista, Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias – Mórmons, Cruz Vermelha Brasileira, Rotary Clube Internacional, Associação dos Adventistas e a Cáritas brasileira. (DUARTE, 2019)

As sociedades civis organizadas juntamente com entes governamentais formam uma cooperação interagências multinacional, com respaldo da ONU, juntam esforços para minimização do sofrimento momentâneo do ser humano exposto a situação de refúgio. O ACNUR tem apresentados elogios ao Brasil na condução da problemática com os refugiados como foi visto em capítulos anteriores.

A união de esforços com a sociedade civil organizada disponibiliza importante apoio as atividades de ajuda humanitária. Apesar de o Brasil disponibilizar valores monetários vultosos para atendimento de população não brasileira como descrito nos dispositivos legais da OA, toda ajuda com a finalidade de reduzir o sofrimento do semelhante é bem-vinda, um dos preceitos básicos da DUDH.

5.3 Estrutura sanitária da Operação Acolhida

Após a visão geral dos motivos que levaram o Brasil a criar a OA e o embasamento legal para sua ativação, foca-se na estrutura sanitária montada para o acolhimento do refugiado tanto na fronteira na cidade de Pacaraima quanto na Capital Boa Vista. Essas duas cidades do Estado de RR têm importância pelo fato de Pacaraima ser a cidade brasileira de

fronteira seca com o país vizinho, com rodovia pavimentada, a BR 174, que liga as cidades de *Santa Elena de Uarén* e Pacaraima, via que a maior parte dos migrantes utilizam para entrar em território nacional. É também por Pacaraima que os imigrantes ilegais utilizam a fronteira seca sem fiscalização para entrar ao país. A capital Boa Vista, que está localizada a 220 Km de distância de Pacaraima, tem sido escolhida como destino pelos refugiados e migrantes que não conseguiram atendimento aos seus pleitos em Pacaraima, aglomerando-se em torno de espaços públicos da capital do estado. (PINHO, 2019)

Em Pacaraima, a base instalada é composta por um Posto de Recepção e Identificação, um posto de triagem, um posto de atendimento avançado, dois abrigos sendo um indígena e o outro não indígena e uma área de Apoio. Já em Boa Vista a concepção original vislumbrava um Posto de Recepção, Identificação e Triagem, onze Abrigos e uma Área de Apoio. (PINHO, 2019)

O atendimento em Pacaraima é realizado inicialmente no posto de atendimento avançado e, caso necessite de procedimento de maior complexidade, sendo encaminhado ao Hospital Municipal Délio de Oliveira Tupinambá. Ainda no posto de triagem, sob responsabilidade da ANVISA e do MS para realização de vacinação, executa-se a primeira barreira sanitária. (PINHO, 2019)

A acomodação dos refugiados venezuelanos é realizada tanto em Pacaraima quanto na capital Boa Vista nos seguintes abrigos:

Quadro 1 – Localização dos abrigos para refugiados

CIDADE	ABRIGO	LOTAÇÃO
Pacaraima	JANOKOIDA	224 (*)
	BV-8	500
Boa Vista	Pintolândia	480(*)
	Hélio Campos	250
	Jardim Floresta	650
	Tancredo Neves	300
	São Vicente	378
	Nova Canaã	390
	Latife Salomão	460
	Santa Tereza	514
	Rondon I	770
	Rondon II	600
	Rondon III	1086

(*) indígenas

Fonte: (PINHO, 2019)

A OA designou abrigos com características próprias para melhor acolher o imigrante/refugiado. Os abrigos Pintolândia, em Boa Vista, e Janokoída, em Pacaraima, são

exclusivamente para acolhimento de famílias indígenas predominantemente da etnia *Warao*, preservando seus costumes e tradições. Já o Abrigo Tancredo Neves foi destinado para casais sem filhos e solteiros e o Abrigo Santa Tereza é ocupado por homens solteiros, o abrigo Latife Salomão por casais sem filhos, solteiros e público LGBT. (PINHO, 2019)

Os Abrigos Hélio Campos, Jardim Floresta, São Vicente, Nova Canaã em Boa Vista abrigam famílias inteiras, com administração compartilhada entre a MD, Fraternidade Sem Fronteiras, ONG *Norwegian Refugee Council*, ONG italiana Associação de voluntários para o Serviço Internacional. (PINHO, 2019)

Os Abrigos Rondon I, II e III, em Boa Vista, estão sob responsabilidade do MD e a ONG Associação de voluntários para o Serviço Internacional (Rondon III). O abrigo Rondon II foi destinado para imigrantes que estão à espera do processo de interiorização. (OPERAÇÃO ACOLHIDA: NÚCLEO FAMILIAR... 2018; PINHO, 2019)

O Abrigo Tarumã-Açu, tem capacidade para 200 indivíduos da etnia *Warao*, em Manaus-AM, aberto e administrado pela Prefeitura de Manaus com apoio de organismos internacionais como o ACNUR, OIM, UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Instituto Mana, ADRA e Aldeias Infantis, SOS Brasil. Existem outros abrigos espalhados pela cidade de Manaus como do Coroado, Oásis e outros coordenados por entidades da sociedade civil organizada, com apoio do ACNUR. (ACNUR, 2020b)

5.4 Os índios da etnia *Warao* da Venezuela

Os *Warao* são um povo originário da república Bolivariana da Venezuela, que conforme censo de 2011 daquele país, constituem a segunda etnia mais populosa, com 49mil indivíduos. A partir de 2016, com a crise socioeconômica de seu país, iniciaram migração ao Brasil pela fronteira com o Estado de Roraima. Outro fator que estimulou a emigração está relacionado a violação dos direitos humanos ocasionados por funcionários de mineradoras que atuam em suas terras, ameaçando os índios com violência. (ACNUR, 2021b)

O ACNUR aponta que cerca de 5 mil refugiados e migrantes indígenas da etnia *Warao* foram registrados no Brasil, desses, 3,2mil solicitaram a condição de refúgio (ACNUR, 2021b).

A distribuição geográfica dos *Warao* iniciou-se pela fronteira, nas cidades de Pacaraima e Boa vista com cerca de 30 indivíduos. Já em 2018, haviam chegado ao interior do Estado Pará e, atualmente, com cerca de 3.300 indivíduos espalhados nas cinco regiões do Brasil. (ACNUR, 2021b)

Os *Waraos* podem escolher se solicitarão o reconhecimento da condição de refugiado com base na Lei nº 9.474/1997 ou solicitar a residência temporária com validade de 02 anos de acordo com a Portaria Interministerial nº 09/2018. Porém, essa etapa tem apresentado problemas, pela não inclusão digital, analfabetismo, não domínio da língua portuguesa, ressaltando-se, que os sistemas de controle migratório são digitais. (BASIL, 1997; ACNUR, 2021b)

Devido à escassez de alimentos, medicamentos e tratamentos essenciais na Venezuela, muitos já chegam ao Brasil com a saúde debilitada. O atendimento médico tradicional ocidental aos índios apresenta problemas por motivos culturais, onde primeiro se busca atendimento pelos *xamãs* da tribo. O indígena urbanizado, quando necessita de atendimento médico, é encaminhado para as UBS dos municípios e não é assessorado por membros da SESAI, traduzindo-se em mal entendidos de parte a parte. (ACNUR, 2021b)

O quadro a seguir mostra as causas de óbitos entre os *Waraos* no Brasil no período entre 2017 e 2020, tendo em mente que há suspeita de subnotificação:

Quadro 2 – Causa de óbitos entre os *Waraos* no Brasil

CAUSA DO ÓBITO	FREQUÊNCIA	%
Pneumonia	21	20,6
Causa desconhecida	18	17,5
Tuberculose	9	8,8
Covid-19	8	7,8
Choque séptico	7	6,9
Morte súbita	4	3,9
Câncer	4	3,9
Sarampo	3	2,9
Asfixia	3	2,9
Natimorto	3	2,9
Suspeita de Covid-19	3	2,9
Parada Cardiorrespiratória	2	2,0
Meningite	2	2,0
AVC	2	2,0
Desnutrição	2	2,0
Falecimento durante o parto	2	2,0
Complicações em cirurgia	1	1,0
Traumatismo cranioencefálico	1	1,0
Causas naturais	1	1,0
Falência múltiplas dos órgãos	1	1,0
Hipertensão	1	1,0
Catapora	1	1,0
Complicações cardíacas	1	1,0
Diabetes	1	1,0
Leucemia	1	1,0
TOTAL	102	100,0

Fonte: ACNUR 2020a

5.5 Considerações preliminares

O presente capítulo teve o objetivo de demonstrar o atendimento sanitário ao refugiado venezuelano na sua fronteira norte prestada pela CFAE sob o comando da Operação Acolhida do MD. O Ente governamental responsável pelo atendimento sanitário na OA e, em todo território nacional é o MS, cuja atuação tem se mostrado limitada devido aos mais variados óbices. Apesar de o ACNUR tecer elogios ao governo brasileiro quanto à condução do acolhimento ao refugiado venezuelano, a falta de ampliação das estruturas tem fragilizado as defesas sanitárias tanto da fronteira quanto nas cidades que recebem estrangeiros interiorizados.

A condução do atendimento sanitário pelo MS está ainda mais pressionada pela atual pandemia do COVID-19, que necessita desdobrar-se para responder as demandas urgentes da pandemia. Enfim, o braço governamental responsável pela saúde no Brasil está sobrecarregado com o surgimento cumulativo de múltiplas demandas. No capítulo a seguir, descrevem-se algumas políticas públicas de saúde estratégicas que poderiam ser implementadas para minimizar as vulnerabilidades de propagação de doenças trazidas pelos refugiados venezuelanos.

O fluxo de refugiados e migrantes venezuelanos em direção ao Brasil, se faz, principalmente, através de via pavimentada, a BR 174, que liga as cidades de Pacaraima e *Santa Elena de Uiarén*, na Venezuela. Não obstante haver policiamento de fronteira à margem da rodovia, muitos imigrantes/refugiados atravessam a fronteira por vias alternativas, por ser a fronteira seca, sem fiscalização de órgãos oficiais, havendo entrada descontrolada de cidadãos venezuelanos no país. (SILVA, 2020)

O acolhimento ao imigrante/refugiado venezuelano em terras brasileiras tem sido executado pela OA com seus vários braços administrativos ONG e entidades internacionais de ajuda humanitária. O atendimento relativo à saúde dos refugiados no âmbito da OA está sob responsabilidade do MS, órgão governamental responsável por toda atividade sanitária no País. Apesar de haver vacinação logo no primeiro posto de atendimento ao refugiado ainda na fronteira de Pacaraima, aqueles que não estão em situação de risco iminente de saúde, são encaminhados para um dos abrigos temporários destinados para esse fim, todos eles operando acima da capacidade nominal.

Os índios da etnia *Warao* tem atravessado a fronteira, buscando auxílio das autoridades brasileiras, tendo como premissa que o indígena, independentemente de sua etnia

ou localização geográfica de origem, está amparado por Leis nacionais e internacionais, podendo solicitar o reconhecimento da condição de refúgio, ou ainda, solicitar domicílio por 02 anos em terras brasileiras sem incorrer em desobediência às leis em vigor. Como vimos, cerca de 5mil índios *Warao* estão em terras brasileiras, muitos não incluídos na era digital, enfrentando problemas na regularização documental para aquisição de carteira de trabalho e CPF, dentre outros.

Todos os abrigos temporários estão operando acima da capacidade de acomodação. Motivo pelo qual muitos imigrantes preferam estar vias públicas, optando pela condição de pedintes nas ruas e avenidas das cidades. A concentração de pessoas em abrigos acima da capacidade para o qual foi projetada pode favorecer a disseminação de doenças que ainda estavam em fase subclínica, podendo rapidamente evoluir para perda do controle de endemias localmente, tornando mais fácil a disseminação para fora do ambiente de abrigo. (WLADIMILA, 2018)

A OA marca fortemente a presença do Estado brasileiro em um evento inédito para o País. As virtudes da OA têm sido elogiadas pelo ACNUR como descrito em capítulos anteriores. Porém, a barreira sanitária não tem se mostrado eficaz no controle de endemias trazidas pelos imigrantes/refugiados, sendo observado aumento de doenças que outrora estavam sob controle.

A despeito da grande dificuldade do Estado Brasileiro em financiar o SUS para o cuidado sanitário de seu povo, o acolhimento do imigrante/refugiado está amparado pela CF e por outras leis nacionais e internacionais, havendo a necessidade de planejamento minucioso para alocação dos recursos ao SUS.

Para fazer frente a possível disseminação de doenças trazidas pelos migrantes/refugiados, muitas vezes em condições precárias de saúde, seria desejável adotar algumas políticas públicas de saúde para aumentar a segurança e confiabilidade da barreira sanitária ainda na fronteira, assunto que será abordado no próximo capítulo.

6. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO ATENDIMENTO AO REFUGIADO

A OA juntamente com outros órgãos da sociedade civil organizada está acolhendo refugiados originários da Venezuela, que buscam no Brasil a minimização de seus sofrimentos causados pela falência do seu Estado natal. A OA tem exercido papel fundamental no recebimento, digno de elogios por parte do ACNUR.

Para reforçar a defesa biológica da fronteira norte, sem comprometer a qualidade do atendimento ao venezuelano imigrante, algumas políticas públicas poderiam ser adotadas para o refinamento do serviço prestado ao refugiado pelo Estado brasileiro.

Este capítulo descreve algumas políticas públicas em saúde visando aprimoramento da metodologia de acolhimento ao refugiado na fronteira norte do Brasil.

O Brasil como maior país na América do sul, possuidor de forte economia, robusto sistema de saúde, de acesso universal garantido pela CF, está acolhendo refugiados Venezuelanos no norte do País.

O amplo sistema de saúde pública do Brasil permite acesso igualitário desde o nível primário até atendimento a nível quaternário de alta complexidade integralmente financiado pelo Estado. Porém, o elevado custo da saúde tem dificultado os gestores do Fundo Nacional de Saúde (FNS) na aplicação dos recursos nos municípios brasileiros. O fato de direcionar recurso financeiro para o acolhimento de migrantes e refugiados na crise venezuelana tem gerado críticas de parte da população como destacado no relatório da visita técnica do Conselho Nacional de Procuradores Gerais em 2018. (CNPGE, 2018)

O relatório citado descreve casos de xenofobia da população local de Pacaraima, devido a disputa por atendimento médico e outros serviços públicos com venezuelanos, havendo descrição inclusive de agressões aos refugiados nas filas do único Hospital de Pacaraima. A crítica está embasada pelo aumento de pacientes venezuelanos em todos os hospitais da fronteira.

Não obstante a ONU reconheça, e elogie o esforço do Estado brasileiro pelo empenho dedicado a atividade humanitária, a compreensão por parte dos brasileiros de que os refugiados têm direito garantido ao acolhimento sanitário é por vezes questionada, sobretudo pela população de fronteira em Pacaraima e em Boa Vista. (MILESE, 2018)

A ampla conscientização e resiliência associada à receptividade de partes da população brasileira é importante fator para minimizar o desamparo daqueles que por forças alheias a sua vontade, foram obrigados a deixar seu país natal, obrigando-os a buscar pela

sobrevivência em outro Estado. O Estado Brasileiro deveria garantir, por obrigação de lei, o suporte necessário para atendimento tanto do povo Brasileiro que ali vive, quanto do refugiado, com dignidade, por meio de aumento de aporte de recurso financeiro e humano, devendo implementar barreiras sanitárias mais rígidas, para conter a disseminação de doenças infectocontagiosas porventura trazidos pelos imigrantes/refugiados naquela localidade.

O Brasil, possui plena capacidade de promover políticas públicas, havendo a plena compreensão que políticas públicas são ações praticadas pelo Estado nas esferas econômicas, administrativas, do direito e das ciências sociais mediando a relação entre o Estado e a sociedade. (DINIZ, [s.d.]

O SUS, e seus subsistemas, são amplamente capazes de realizar atendimento na fronteira para reforço na barreira sanitária, possuindo instrumentos legais já em vigor, havendo necessidade de adaptar-se à nova demanda. Algumas medidas de políticas públicas de saúde de baixa complexidade poderiam colaborar para o melhor controle sanitário, tais como:

- **Aumento da vigilância na fronteira, incluindo as possíveis rotas alternativas pela fronteira seca** – a entrada ilegal no país de migrantes, sem fiscalização, facilitando a ocorrência de crimes transnacionais, além de escape da vigilância sanitária de doenças transmissíveis. O reforço no quantitativo de pessoal com capacitação tecnológica para vigilância remota a distância melhora o raio de ação visível de nossas fronteiras.
- **Fortalecimento da Fundação Nacional do Índio** – o fortalecimento da FNI, com enfoque no subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas, junto com o MS apoiar o esforço assistencial aos povos indígenas amazônicos, principalmente, da etnia *Warao*, maior etnia indígena venezuelana que atravessa a fronteira com o Brasil, muitos deles portadores de SIDA/HIV. Os índios imigrantes, apesar de boa parcela estar urbanizada, mantém seus costumes de crenças no xamanismo, em que o *xamã* da aldeia é o primeiro “médico” a ser consultado, havendo por vezes, conflitos entre a biomedicina tradicional praticada nos postos de saúde do SUS e o *xamã* da família. (ACNUR, 2021b)

A SESAI possui recurso humano capacitado, sendo 50% de sua mão de obra composta por indígenas treinados, atendendo mais de 700mil indígenas no Brasil.

O atendimento sanitário aos indígenas venezuelanos por recurso humano brasileiro já existente da FNI, habituados aos costumes indígenas brasileiros, permitiria

maior aproximação e compreensão mútua entre pessoas indígenas de origem brasileira e venezuelana. (VELANDIA, 2018)

- **Aumento da capacidade e/ou criação de novos abrigos temporários para acolhimento** - a atual capacidade de acolhimento dos abrigos está esgotada, necessitando de aumento ou criação de novos abrigos conforme relatado pelo site do ACNUR Brasil. Busca ativa de população refugiada que vive nas ruas da cidade de Pacaraima, Boa Vista e Manaus, oferecendo-lhes vagas disponíveis nos abrigos temporários. Não obstante ao aumento de população migrante, o aumento na capacidade de acolhimento ao refugiado traduz-se como uma eficiente barreira sanitária contra doenças migrantes, pois consegue-se detectar, isolar e tratar doenças infectocontagiosas, protegendo a população brasileira do agravamento ou disseminação descontrolada. A busca ativa pelos migrantes e refugiados que porventura atravessaram a fronteira por vias não oficiais, oferecendo-lhes abrigos dignos, permitindo acesso ao seu estado de saúde também funciona como barreira sanitária eficaz. (HUGUENEY; FERREIRA, 2018)
- **Incremento no posto de saúde em cada abrigo** – aumento na presença de profissionais nos postos de saúde dos abrigos, para triagem de possíveis doenças infectocontagiosas ou não. A Rápida detecção e tomadas de medidas de contenção da propagação é primordial para a barreira sanitária. Com os abrigos operando em capacidade acima do projetado, a propagação de doenças seria o resultado esperado se medidas não forem tomadas com celeridade.
- **Ampliação do Hospital Délio de Oliveira Tupinambá em Pacaraima, e do Hospital Geral de Boa Vista** – a designação de mais médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde, para os Hospitais mais sobrecarregados, assim como aumento no número de equipamentos de diagnóstico laboratorial e de imagem. O Aumento da capacidade de atendimento dos Hospitais de Boa Vista e de Pacaraima minimizaria as dificuldades enfrentadas tanto por Brasileiros quanto pelos refugiados. Com o aumento da capacidade, evitar-se-ia a busca por atendimento de saúde em outros Estados da Federação, consistindo em outra importante barreira sanitária.
- **Cadastro de 100% dos estrangeiros no CNS** – a facilitação de inscrição no CNS, com dados disponíveis no momento do cadastro, mais fidedigno possível sobre doenças ou

tratamentos em andamento, para acompanhamento via DATASUS, permitindo visualização pelas Secretarias municipais de saúde para onde os refugiados foram destinados no processo de interiorização, permitindo ao Município preparar-se para o acolhimento com maior programação.

- **Interiorização sem pressa** – o processo de interiorização do refugiado poderia ser realizado somente após liberação pelo MS quanto a sanidade física do refugiado sob risco de estar transportando doença para a localidade de destino. Somente autorizar interiorização após rígida inspeção de saúde. Nos casos de refugiados com doenças crônicas que necessitem de atendimento de complexidade maior, interiorizar para cidades com capacidade de atendimento da demanda. O SUS possui uma ferramenta eficiente de controle sanitário da população brasileira através de sua estrutura hierarquizada e com robusto sistema informatizado chamado DATASUS. Esse sistema permite acesso ao prontuário do paciente em todas as UBS das secretarias de saúde municipais. Portanto, o ideal seria não interiorizar migrantes ou refugiados meramente para “abrir vaga” nos abrigos com capacidade esgotada. A interiorização poderia ser realizada de abrigo para outro abrigo em igual condição de preparo. João Lucas Zanoni da Silva, em sua tese de mestrado defendida em 2020, “*A imigração Venezuelana para o Brasil: do Ingresso em Pacaraima-RR ao início da interiorização em Dourados-MS*”, descreve a recepção de migrantes em Dourados no MS, oriundos da OA sendo recebidos em instalações improvisadas. O processo de interiorização poderia ser realizado somente após cumprir todos os requisitos sanitários e de acomodação dos interessados. (SILVA, 2020)

De acordo com o relatório do Subcomitê Federal para Interiorização dos Imigrantes de Dezembro de 2019, desde abril de 2018 foram interiorizados 27.222 imigrantes venezuelanos, para diversas cidades brasileiras. As cidades que mais receberam venezuelanos foram Manaus, São Paulo, Dourados, Curitiba e Porto Alegre. Segundo os dados atualizados no site da Operação Acolhida, já foram 35.567 venezuelanos interiorizados até 15 de junho de 2020. (SOUZA E MELLO, 2020)

- **Criação de abrigos temporários de acolhimento nas cidades receptoras de refugiados interiorizados nos moldes dos abrigos nas cidades de fronteira** – a estruturação de centros de acolhimento temporário nas cidades receptoras de refugiados interiorizados, nos moldes dos abrigos de fronteira, com postos de saúde proporcionaria abrigo para eles até a inserção na sociedade local, com trabalho, moradia, educação para si e para sua família,

facilitando ao Estado maior monitoramento no quesito saúde, sendo outra barreira sanitária implementada.

- **Criação de Departamento especializado dentro da estrutura das Secretarias Municipais de Saúde que irão receber refugiados** – o Departamento seria responsável pelo acompanhamento ativo do migrante/refugiado, interiorizado, tendo como missão específica de mapear as doenças e lançar no DATASUS do MS as condições sanitárias dos mesmos, permitindo acompanhamento de todo processo de acolhimento sanitário ao refugiado. Apesar de o SUS atender imigrante em condições análogas ao nacional, as pessoas são diferenciadas pelos costumes e tradições de cada país, não podendo considerar iguais os que nasceram em culturas e costumes diferentes, razão pela qual a criação de departamento específico traria maior compreensão das necessidades dos refugiados e na medida possível, reduzir as dificuldades, como acesso a serviços de saúde terciários ou quaternários.

A despeito das dificuldades econômicas enfrentadas pelo Brasil, em sua história, a opção pela adoção de um sistema de saúde público amplo, irrestrito, de acesso universal garantido pela CF de 1988, foi uma grande vitória ao povo Brasileiro.

O Brasil possui um dos sistemas de saúde pública mais igualitário do mundo, com forte presença na sociedade, impactando de maneira positiva o País.

Apesar de o MS possuir o maior orçamento da União, devido aos elevados custos da saúde, a FNS tem enveredado esforços para melhor aplicar os recursos financeiros que são sempre limitados. Existe a percepção por parte da população que o atendimento final ao usuário é insuficiente, agravada em locais onde há disputa por leitos e medicamentos.

A pandemia do COVID-19 agravou a necessidade por recursos de saúde, pressionando o MS no atendimento as demandas sanitárias.

A conscientização da população sobre a importância da barreira sanitária bem executada na fronteira torna-se importante defesa biológica para o país.

A adoção de políticas públicas de saúde em nível estratégico para atendimento aos refugiados venezuelanos pode funcionar como importante barreira sanitária às doenças porventura trazidas por eles, protegendo a população da disseminação de enfermidades que, apesar de presentes no Brasil, foi identificado aumento no número de casos após a crise migratória.

As condições de atendimento sanitário igualitário ao nacional garantidos pela CF, são estímulos à imigração legal ou ilegal, daquele indivíduo que apresenta dificuldade de

sobrevivência digna em seu país.

As políticas públicas a nível estratégico de baixa complexidade descritas, se adotadas, poderiam melhorar a qualidade tanto do atendimento ao refugiado, quanto da transparência na condução de todo processo de recebimento, acolhimento, interiorização e integralização do imigrante na sociedade brasileira, sendo o Brasil um país que tem na sua formação, o imigrante como parcela importante de sua população.

A adoção dessas políticas públicas de baixa complexidade sugeridas, poderiam ser fatores aliados importantes no controle de disseminação de doenças porventura trazidas pelos migrantes e/ou refugiados que entram no Brasil pela sua fronteira com a Venezuela.

A opção de não incrementar esforços no regramento na fronteira, incluindo o atendimento sanitário adequado ao refugiado, aumenta o risco de entrada descontrolada de imigrantes e toda a sorte de doenças que são comuns em áreas de refúgio. O Acolhimento adequado com adoção de políticas públicas de saúde dedicadas pode funcionar como importante barreira sanitária para defesa da população brasileira.

Neste capítulo, explanaram-se sobre políticas públicas de saúde de baixa complexidade, que poderiam ser incrementadas no regramento da fronteira até a interiorização do imigrante/refugiado.

7. CONCLUSÃO

A crise humanitária na Venezuela ocasionou uma grande migração de seus nacionais para outros países da América Latina, em especial, ao Brasil que em janeiro de 2020 tornou-se o destino preferencial dos nossos vizinhos. Apesar da dificuldade no idioma, muitos venezuelanos atravessam a fronteira, e procuram refúgio no Brasil decorrente do trabalho competente na OA desde a fronteira até a interiorização, sendo o Brasil citado pelo ACNUR como exemplo a ser seguido. Porém, a reboque do aumento de volume de imigrações daquele País, observa-se aumento significativo de doenças infectocontagiosas no Brasil, algumas delas já tendo sido erradicadas e novamente reintroduzidas pela fronteira venezuelana.

A OA do MD tem atuado no acolhimento dos refugiados, porém, observa-se falta de recursos para aumentar a vigilância sanitária local e, também, falta de definição de políticas públicas claras para o acolhimento dos imigrantes desde a sua recepção até a sua interiorização. Ressalta-se que a OA tem atuado em conjunto com a sociedade civil organizada exercendo trabalho elogiável, reconhecido por organismos internacionais, e, de acordo com os preceitos da DUDH.

A crise humanitária no país vizinho, sem data para o término, chama a atenção pelo número crescente de imigrantes que solicitam refúgio no Brasil, reforçando a necessidade de adotar logística de longo prazo para não permitir o recrudescimento do controle de endemias que o MS demorou décadas para manter em níveis aceitáveis.

O presente estudo teve como objetivo iluminar a questão inédita de refúgio em sua fronteira, suas consequências ao Brasil e como o Estado brasileiro tem enveredado esforços para fazer frente a esse desafio, passando desde um breve histórico sobre o sistema de saúde pública na Venezuela, suas origens e seu estado atual, por meio de publicações científicas disponíveis na internet. Abordou-se também, o SUS, seu histórico, sua importante conquista em oferecer universalização do atendimento de saúde, integralmente custeado pelo Estado, sendo este um dos motivos que levam os venezuelanos a migrarem ao Brasil.

A importância da OA na condução do atendimento tem sido frequentemente elogiada pelo ACNUR, e mostra a capacidade do *Soft Power* brasileiro no campo das relações internacionais, demonstrando ao mundo que o Brasil é plenamente competente em lidar com refugiados respeitando a DUDH.

As políticas públicas de saúde de baixa complexidade sugeridas neste trabalho

podem refinar a barreira sanitária para doenças infectocontagiosas.

A opção de não incrementar as atividades da OA e a não ampliação da estrutura sanitária ou abrigo local, pode ter rápida consequência negativa para o País, principalmente aos Estados da fronteira norte, sobrecarregando ainda mais toda a estrutura do MS, iniciando-se pela fronteira e espalhando-se pelos demais Estados do País. O aumento de casos de doenças infectocontagiosas afeta a capacidade laboral no povo, tendo impacto importante na saúde e na economia brasileira. A pandemia do COVID-19 tem evidenciado que doenças infectocontagiosas são extremamente nocivas em todos os aspectos, com imenso potencial destrutivo.

A interiorização sem pressa é fator importante para que a sociedade brasileira tenha tempo de assimilação e conscientização da nova situação, havendo necessidade de melhor comunicação com os brasileiros de que os imigrantes poderão fazer parte da população brasileira assim como fora feita no passado.

A conscientização poderia focar em explanação de que os imigrantes, não estão vindo para suprimir lhes emprego, saúde ou suas terras, mas, para formar novas famílias brasileiras, integrar-se ao país, que possui na sua história, no computo geral, a convivência pacífica entre povos de diferentes origens.

Por fim, o reforço da barreira sanitária na fronteira com a Venezuela, por meio da adoção de políticas públicas de saúde de baixa complexidade, pode diminuir a disseminação de patógenos com potencial de atingir milhares de pessoas em plena fase laboral produtiva, impactando a saúde e a economia brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS REFUGIADOS – ACNUR. **Declaração de Cartagena**. Adotada pelo “Colóquio sobre Proteção Internacional dos Refugiados na América Central, México e Panamá: Problemas Jurídicos e Humanitários”. Cartagena, Colômbia, nov, 1984. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/BD_Legal/Instrumentos_Internacionais/Declaracao_d_e_Cartagena.pdf>. Acesso em: 06 /03/2021.

_____. **Manual de procedimentos e critérios para determinação da condição de refugiado**. Genebra, dez. 2011. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2018/02/Manual_de_procedimentos_e_crit%C3%A9rios_para_a_determina%C3%A7%C3%A3o_da_condi%C3%A7%C3%A3o_de_refugiado.pdf>. Acesso em: 06 /03/2021.

_____. **ACNUR parabeniza Brasil por reconhecer milhares de venezuelanos como refugiados**. [online] dez, 2019. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/2019/12/06/acnur-parabeniza-brasil-por-reconhecermilhares-de-venezuelanos-como-refugiados/>>. Acesso em: 06 /03/2021.

_____. **Relatório de atividades para populações indígenas**. ed.3, jul 2020a. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2020/10/200819_ACNUR_Indigenas_Julho.pdf>. Acesso em: 06/03/2021.

_____. **Novo abrigo aprimora acolhimento de refugiados e migrantes indígenas venezuelanos em Manaus**. [online]. 16 jul 2020b. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/2020/07/16/novo-abrigo-aprimora-acolhimento-de-refugiados-e-migrantes-indigenas-venezuelanos-em-manaus/>>. Acesso em: 06/03/2021.

_____. **Apátridas**. [online], 2021a. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/quem-ajudamos/apatridas/>>. Acesso em: 06/03/2021.

_____. **Os Warao no Brasil. Contribuições da antropologia para a proteção de indígenas refugiados e migrantes**. [online]. 2021b. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/04/WEB-Os-Warao-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 06/03/2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 01/03/2021.

_____. **Lei nº 8080, 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. Diário Oficial da União, seção 1, p. 18.055, 20 set 1990. Disponível em: <<https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1990-09-19:8080>>. Acesso em: 01/03/2021.

_____. **Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997**. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências. Diário Oficial da União,

Seção 1, p. 15.822, 23 jul 1997. Disponível em: <<https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1997-07-22:9474>>. Acesso em: 01/03/2021.

_____. **Decreto nº 4.388, de 25 de setembro de 2002.** Promulga o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional. Diário Oficial da União, ed. 187, seção 1, p.3. 26 set 2002. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=3&data=26/09/2002>>. Acesso em: 01/03/2021.

_____. **Decreto nº 9.970, de 14 de agosto de 2019.** Dispõe sobre o Comitê Federal de Assistência Emergencial. Diário Oficial da União, ed. 157, seção 1, p. 1. 15 ago 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9970-de-14-de-agosto-de-2019-210740817>>. Acesso em: 01/03/2021.

_____. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017.** Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União, ed 99, seção 1, p.1, 25 mai 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20234460/do%201-2017-05-25-lei-no-13-445-de-24-de-maio-de-2017-20234437>. Acesso em: 06 /03/2021.

_____. **Lei nº 13.684, de 21 de junho de 2018.** Dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento a pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária; e dá outras providências. Diário Oficial da União, ed.119, seção 1, p.2. 22 jun 2018a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13-684-de-21-de-junho-de-2018-26981651>>. Acesso em: 06/03/2021.

_____. **Medida Provisória nº 857, de 20 de novembro de 2018.** Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Defesa, no valor de R\$ 75.280.000,00, para os fins que especifica. Diário Oficial da União, ed. 223. Seção 1, p.1. 21 nov 2018b. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/medida-provisoria-n-857-de-20-de-novembro-de-2018-51058864>>. Acesso em: 06/03/2021.

_____. **Medida Provisória nº 880, de 30 de abril de 2019.** Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Defesa, no valor de R\$ 223.853.000,00, para os fins que especifica. Diário Oficial da União, ed. 82-A, seção1 – Extra, p.1. 30 abr 2019a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/medida-provis%C3%93ria-n%C2%BA-880-de-30-de-abril-de-2019-86040752>>. Acesso em: 06 /03/2021.

_____. **Resolução nº 10, de 1º de novembro de 2019.** Institui o Sistema Acolhedor como cadastro oficial da Operação Acolhida e base de dados oficial para interiorização nas modalidades trabalho, reunificação familiar e reunião social. Diário Oficial da União, ed 213, seção 1, p. 8, 04 nov 2019b. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-10-de-1-de-novembro-de-2019-225249821>>. Acesso em: 06 /03/2021.

_____. CASA CIVIL. **Resolução nº 2, de 26 de março de 2018.** Institui o Subcomitê Federal para Interiorização dos Imigrantes que se encontram no Estado de Roraima. Diário Oficial da União, ed.61, seção 1, p.1. 29 mar 2018c. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2-de-26-de-marco-de-2018-8438551>>. Acesso em: 03/06/2021.

_____. CASA CIVIL. **Resolução nº 3, de 02 de maio de 2018.** Institui o Subcomitê Federal para Recepção, Identificação e Triagem dos Imigrantes que se Encontram no Estado de Roraima, em decorrência de fluxo migratório provocado por crise humanitária na República

Bolivariana da Venezuela. Diário Oficial da União, ed. 84, seção 1, p. 1. 03 mai 2018d. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=03/05/2018&totalArquivos=82>>. Acesso em: 06/03/2021.

_____. CASA CIVIL. **Resolução nº 4, de 02 de maio de 2018**. Institui o Subcomitê Federal para Ações de Saúde aos Imigrantes que se Encontram no Estado de Roraima, em decorrência de fluxo migratório provocado por crise humanitária na República Bolivariana da Venezuela. Diário Oficial da União, ed. 84, seção 1, p. 2. 03 mai 2018e. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/12714206/do1-2018-05-03-resolucao-n-4-de-2-de-maio-de-2018-12714202>. Acesso em: 06/03/2021.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **MEC atua para resolver situação das crianças venezuelanas para que possam estudar no Brasil**. [internet] fev 2019. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/221-2107596713/73191-mec-atua-para-resolver-situacao-das-criancas-venezuelanas-para-que-possam-estudar-no-brasil>>. Acesso em: 22/06/2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politiclas.html>>. Acesso em: 22/06/2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.384, de 16 de maio de 2018**. Define incentivo financeiro do Piso de Atenção Básica Fixo (PAB fixo), para fins de compensação, diante do fluxo migratório nos municípios de Boa Vista e Pacaraima (RR). Diário Oficial da União, ed.94, seção 1, p. 46, 17 mai 2018f. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/14735725/do1-2018-05-17-portaria-n-1-384-de-16-de-maio-de-2018-14735721>. Acesso em: 06/03/2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.385, de 16 de maio de 2018**. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado de Roraima. Diário Oficial da União, ed.94, seção 1, p. 46, 17 mai 2018g. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/14735725/do1-2018-05-17-portaria-n-1-384-de-16-de-maio-de-2018-14735721>. Acesso em: 06/03/2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Imunização - PNI**. Ministério da Saúde. 2021a. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/pni>>. Acesso em: 06/03/2021.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório das ações realizadas pela SESAI para enfrentamento da pandemia de COVID-19. Semana epidemiológica 30/2021**. 2021b. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/viewNoticia.php?CodNot=2ba29aca6b>>. Acesso em: 20/06/2021.

_____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Portaria nº 629, de 28 de fevereiro de 2018**. Dispõe sobre a prorrogação e o incremento do cofinanciamento federal ao Estado de Roraima mediante a comprovação da necessidade face ao aumento do con-

tingente de imigrantes venezuelanos. Diário Oficial da União, ed.42, seção 1, p.192, 02 mar 2018g. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-629-de-28-de-fevereiro-de-2018-5062780>>. Acesso em: 06/03/2021.

_____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Portaria nº 951, de 9 de março de 2018**. Dispõe sobre o repasse financeiro emergencial ao Município de Santarém para atender às situações de imigração dos indivíduos venezuelanos que estão em situação de risco pessoal e social. Diário oficial da União, ed.48, seção 1, p.48-69, 12 mar 2018h. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/6117056/doi-2018-03-12-portaria-n-951-de-9-de-marco-de-2018-6117052>. Acesso em: 06/03/2021.

CNN. **Índios Warao, da Venezuela, buscam melhores condições de vida no Brasil**. Youtube. 24 nov 2020. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=jwiP2IjPCXE>>. Acesso em: 20/07/2021.

CONARE. Ministério da Justiça e Segurança Pública. [internet]. [s.d]. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/seus-direitos/refugio/conare>>. Acesso em: 22/06/2021.

CONSELHO NACIONAL DE PROCURADOS GERAIS – CNPG. Grupo Nacional de Direitos Humanos - GNDH. **Relatório da visita técnica do GNDH ao estado de Roraima para avaliação da situação da população local e dos imigrantes venezuelanos**. 2018. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/aa_ppdeficiencia/CNDH_COPEDPDI/Relatorio_GNDH_RELAT%C3%93RIO_DE_VISITA_T%C3%89CNICA_DO_GNDH.pdf>. Acesso em: 06/03/2021.

DA ROZ, M.A. *et al.* **Atenção primária em saúde na Venezuela Misión Barrio Adentro I**. 2008. 121p. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_11_2009_10.01.59.0bdb12a2a59e248adcbc58733d001b8d.pdf>. Acesso em: 06/03/2021.

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 13/07/2021.

DINIZ, G. **Entendendo os conceitos básicos de Políticas Públicas**. Centro de Liderança Pública [internet]. [s.d.]. Disponível em: <<https://www.clp.org.br/entendendo-os-conceitos-basicos-mlg2-de-politicas-publicas-mlg2/>>. Acesso em: 15/07/2021.

DUARTE, A. **O papel do exército brasileiro frente à crise migratória venezuelana no estado de Roraima: Considerações sobre as operações “Acolhida”, “Controle” e “Tucuxi”**. Dissertação (Mestrado em Segurança Pública, Direitos Humanos e Cidadania), Universidade Estadual de Roraima, Roraima, 2019. 152 p. Disponível em: <<https://drive.google.com/drive/folders/1Gt9lfT8Uxo7atuc9JWAwpz583xLGyAKw>>. Acesso em: 06/03/2021.

GAZÊTA, A.A.B. **Dossiê História & Saúde: com a varíola, nasce a saúde pública**. História, Ciência e Saúde Manguinhos [internet], [s.d]. Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/dossie-historia-saude-com-a-variola-nasce-a-saude-publica/>>. Acesso em: 10/05/2021.

GRILLET, M.E. *et al.* **Venezuela's humanitarian crisis, resurgence of vector-borne diseases, and implications for spillover in the region.** *The Lancet Infectious Diseases*. V. 19(5), maio 2019, p. 149-161. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/article/S1473-3099\(18\)30757-6/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S1473-3099(18)30757-6/fulltext)>. Acesso em: 06/03/2021.

HUGUENEY, V.; FERREIRA, A. **Monitoramento e ação: ACNUR apoia venezuelanos fora de abrigos em Roraima.** ACNUR Brasil. ACNUR Brasil. [internet]. jul 2020. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/2020/07/14/monitoramento-e-acao-acnur-apoia-venezuelanos-fora-de-abrigos-em-roraima/>>. Acesso em: 1/06/2021.

JORGE, M.E.M. **Medicina en Venezuela, sin generación de relevo.** *El Estímulo*, mai, 2016. Disponível em: <<https://elestimulo.com/climax/medicina-en-venezuela-sin-generacion-de-relevo/>>. Acesso em: 06/03/2021.

MILESE, R. *et al.* **Migração Venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual.** *Aedos*, Porto Alegre, v. 10(22), p. 53-70, ago 2018. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/aedos/article/view/83376>>. Acesso em: 06/03/2021.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **SUS**. 2021. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/sus>>. Acesso em: 06/03/2021.

OPERAÇÃO ACOLHIDA. Casa Civil. [s.d.]. Disponível em: <<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/acolhida/base-legal>>. Acesso em: 24/06/2021.

OPERAÇÃO ACOLHIDA: NÚCLEO FAMILIAR É PRESERVADO NOS ABRIGOS PARA IMIGRANTES EM BOA VISTA E PACARAÍMA. jun. 2018. Exército Brasileiro – Notícias [online]; Disponível em: <https://www.eb.mil.br/web/noticias/noticiario-do-exercito/-/asset_publisher/MjaG93KcunQI/content/operacao-acolhida-nucleo-familiar-e-preservado-nos-abrigos-para-imigrantes-em-boa-vista-e-pacaraima->. Acesso em: 29/06/ 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Brasil. **ONU elogia Brasil por reconhecer venezuelanos como refugiados.** Agência Brasil. [online]. 27 jul 2019. Disponível em: <<https://agenciabrasil.abc.com.br/internacional/noticia/2019-07/onu-elogia-brasil-por-reconhecer-venezuelanos-como-refugiados>>. Acesso em: 06/03/2021.

PACARAÍMA. **Relatório Circunstanciado sobre a Imigração Venezuelana.** Diário Oficial do Município de Pacaraima, RR, n. 0147, p. 1-10, 15 de fevereiro de 2018.

PAINEL INTERIORIZAÇÃO. Ministério da Cidadania. Jun 2021. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/painel-interiorizacao/>>. Acesso em: 22/06/2021

PEITER, P.C. **A Geografia da saúde na Faixa de Fronteira internacional do Brasil na Passagem do Milênio.** Tese (Doutorado em Geografia) – Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

PINHO, A.P. **O Exército Brasileiro na Operação Acolhida.** Monografia (Especialização em Política, Estratégia e Alta Administração do Exército). Escola de Comando e Estado-Maior do Exército. Rio de Janeiro, 2019. 62p. Disponível em: <https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/4990/1/MO%200906_PINHO.pdf>. Acesso em:

06/03/2021.

PORTELA, P.H.G. **Direito internacional público e privado**. 6 ed. Bahia: Juspodivm. Bahia, 2014.

IKMR. **Refúgio no mundo**. [internet]. [s.d]. Disponível em: <<http://www.ikmr.org.br/refugio/refugio-no-mundo/>>. Acesso em: 01/03/2021.

ROA, A.C. **Sistema de salud em Venezuela: ¿un paciente sin remedio?**. Cad. Saúde Pública, v. 34 (3), 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/PFRRksgBHCfMkDFM668Yvfc/abstract/?lang=es>>. Acesso em: 06/03/2021.

RORAIMA. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima 2019**. Boa Vista, Roraima, 2020. Disponível em: <https://saude.rr.gov.br/cgvs/phocadownloadpap/relatorio_epidemiologico/relatorioanualdeepidemiologia_2019.pdf>. Acesso em: 06/03/2021.

SEIXAS, M. **Crise na Venezuela atinge a saúde em países vizinhos**. Portal Fiocruz – Notícias [online]. fev. 2019. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/crise-na-venezuela-atinge-saude-em-paises-vizinhos>>. Acesso em: 06/03/2021.

SCHEFFER M. (Org.). **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, CREMESP, 2018. 286 p. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>>. Acesso em: 06/03/2021.

SCHEFFER M. *et al* (Org.). **Demografia médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. v. 1. São Paulo: CREMESP, CFM, 2011. 117p. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_medica_brasil_29112011.pdf>. Acesso em: 06/03/2021.

SILVA, J. L. Z. **A imigração venezuelana para o Brasil: do ingresso em Pacaraima - RR ao início da interiorização em Dourados - MS**. Dissertação (Mestrado em Fronteiras e Direitos Humanos) – Faculdade de Direito e Relações Internacionais, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, 2020. 65p. Disponível em: <<http://repositorio.ufgd.edu.br/jspui/handle/prefix/3133>>. Acesso em: 06/03/2021.

SIMÕES G.F. **Venezuelanos em Roraima: características e perfis da migração venezuelana para o Brasil**. Fluxos migratórios e refugiados na atualidade, v. 7, p. 45 – 56, 2017. Disponível em: <https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=fa9065e2-c184-5655-0c04-1381156aca09&groupId=265553>. Acesso em: 06/03/2021.

SOARES, K.G.; SOUZA, F.B. **O refúgio e o acesso as políticas públicas de saúde no Brasil**. *Trayectorias Humanas Transcontinentales*. n. 4, 2018. Disponível em: <<https://www.unilim.fr/trahs/1234&file=1>>. Acesso em: 06/03/2021.

SOUZA, B.V. **A importância do exército brasileiro no controle da disseminação do sarampo e outras doenças infecciosas nas fronteiras nacionais**. Monografia (Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares). Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2019. 35p. Disponível em:

<https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/4958/1/MONO_BEATRIZ_CFO.pdf>. Acesso em: 06/03/2021.

SOUZA, R.R. **O sistema de saúde público brasileiro.** *In:* Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas, São Paulo, 8 2002. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/SISTEMA_PUBLICO_SAUDE_BRASILEIRO.pdf>. Acesso em: 06/03/2021.

SOUZA E MELLO, G.M. **O emprego da marinha do Brasil na ajuda humanitária. Uma análise da participação dos oficiais médicos da marinha do Brasil na operação acolhida.** Tese (Curso de Política e Estratégias Marítimas). Escola de Guerra Naval. Rio de Janeiro, 2020. 76p.

TEMPORÃO, J.G. **O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento.** *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos* v.10 (2), 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/XqLKLcj6NYjHdywSF6XPRZs/?lang=pt>>. Acesso em: 06/03/2021.

VASCONCELOS, I.S.; ALMEIDA-SANTOS, S.M. **A oleada venezuelana: acolhimento de migrantes e pandemia em Manaus.** *Cadernos de Campo, USP*, 2020 [online], v.29 (suplemento), p.94-104. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/download/170455/162476/425515>>. Acesso em: 06/03/2021.

VELANDIA, K. **A tribo indígena que está sendo dizimada por uma epidemia de HIV.** *BBC News Brasil* [internet]. jan 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional-42647056>>. Acesso em: 10/06/2021.

WLADIMILA, N. **Veja como é um dos abrigos criados para migrantes venezuelanos em Roraima.** *Notícias* [internet]. 25 abr 2018. Disponível em: <<https://migramundo.com/veja-como-e-um-dos-abrigos-criados-para-migrantes-venezuelanos-em-roraima/>>. Acesso em: 06/03/2021.