



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Joana Ferreira da Silva

REFUGIADOS VENEZUELANOS NO BRASIL:

refletindo sobre as condições de acesso e atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2015 a 2021

Rio de Janeiro

2021

Joana Ferreira da Silva

REFUGIADOS VENEZUELANOS NO BRASIL:

refletindo sobre as condições de acesso e atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2015 a 2021

Monografia apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico de Nível Médio em Biotecnologia.

Orientador: Marcello de Moura Coutinho.

Coorientadora: Renata Rufino Amaro.

Rio de Janeiro

2021

*Dedico esse trabalho à minha mãe, que me
ensinou os valores da vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) pelo apoio institucional, além da concessão da bolsa de pesquisa, no âmbito do Programa de Iniciação Científica (PIC) da EPSJV.

Agradeço a Deus que me proporcionou saúde e força para superar as dificuldades.

Agradeço aos meus orientadores Marcello Coutinho e Renata Amaro, por aceitarem a conduzir o meu trabalho de pesquisa, pelo incentivo, dedicação e contribuições que me mantiveram motivada durante todo o processo, que acarretou bastante impacto para o resultado final. Agradeço também à Luciana Milagres pelas valiosas contribuições para o desenvolvimento da presente monografia, tanto na qualificação, quanto na defesa.

Agradeço à minha mãe Lucirene Ferreira do Nascimento, mulher guerreira que me deu apoio, suporte e incentivo nas horas de cansaço e desânimo, acreditando na minha capacidade.

Agradeço ao meu namorado Caio Moraes Carvalho que sobretudo é meu melhor amigo, esteve ao meu lado durante todo esse processo com amor incondicional, compreensão e paciência.

Agradeço ao meu grupo de amigos, Sextose, composto por Ana Clara Gomes Moreira Antunes, Gabriel Silva Sant'Anna, Júlio Silvestre de Moraes, Maria Fernanda Silva Vieira e Wallace Leonardo Lago Nogueira, porque juntos compartilhamos e enfrentamos incontáveis desafios e com ajuda mútua e transferências de confiança, conseguimos superar mais esse desafio.

Por fim, agradeço também a todos aqueles que de alguma forma me incentivaram de maneira direta ou indireta a concluir esse trabalho de pesquisa.

“O conceito de direitos humanos, baseados na suposta existência de um ser humano em si, desmoronou-se no mesmo instante em que aqueles que dizem acreditar nele se confrontaram pela primeira vez com seres que haviam realmente perdido todas as outras qualidades e relações específicas – exceto que ainda eram humanos”
(Hannah Arendt).

RESUMO

Esse estudo adota o método qualitativo, propiciando o encontro das Ciências Sociais, Geografia e Sociologia, tendo como base um levantamento bibliográfico e análise de relatos de refugiados residentes no Brasil em relação às condições de acesso e atendimento aos refugiados no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a identificação da existência e implementação de políticas humanitárias do Estado brasileiro para os refugiados, o que auxilia refletir sobre as condições de acesso e atendimento dos refugiados ao Sistema Único de Saúde. Realizou-se em caráter exploratório, uma análise do acesso e assistência à saúde, no âmbito do SUS, por parte dos refugiados venezuelanos em território brasileiro, com destaque para o município Pacaraima, no estado de Roraima (RR), no período de 2015 a 2021. Concluiu-se, que o acesso e assistência à saúde para a grande maioria dos refugiados venezuelanos, apresenta diversas dificuldades, o que agrava em larga medida as suas condições de saúde.

Palavras-chave: Refugiados Venezuelanos. Sistema Único de Saúde. Brasil.

LISTA DE LIGLAS

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
ACNDUDH	Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNIg	Conselho Nacional de Imigração
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONARE	Comitê Nacional para os Refugiados
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS/RR	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Roraima
COVID-19	Doença de Coronavírus de 2019
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EC-29	Emenda Constitucional - 29
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
EUA	Estados Unidos da América
HGR	Hospital Geral de Roraima
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEP	Iniciação à Educação Politécnica
LOA	Lei Orçamentária Anual
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MBR 200	Movimento Bolivariano Revolucionário 200
MDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
MS	Ministério da Saúde
MSF	Médicos Sem Fronteiras
OBMigra	Observatório das Migrações Internacionais
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIAHs	Organismos Internacionais de Apoio Humanitário
OIM	Organização Internacional para as Imigrações

OIR	Organização Internacional para os Refugiados
OGs	Organizações Governamentais
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OSCIPs	Organizações Sociais Civis de Interesse Público
PIB	Produto Interno Bruto
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
PTCC	Projeto Trabalho, Ciência e Cultura
RR	Estado de Roraima
SBMT	Sociedade Brasileira de Medicina Tropical
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde de Roraima
SIS-FRONTEIRAS	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras
SMSA	Secretaria Municipal da Saúde de Boa Vista
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Trabalho de Integração
UNCTAD	Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento
UNRRA	Administração das Nações Unidas para o Socorro e a Reconstrução

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
NOTAS METODOLÓGICAS.....	15
CAPÍTULO 1 – BREVE HISTÓRICO DA LEGISLAÇÃO SOBRE A PROTEÇÃO AO REFUGIADO NO MUNDO E NO BRASIL.....	16
CAPÍTULO 2 – ORIGEM E DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA REFUGIADOS NO BRASIL.....	31
CAPÍTULO 3 – REFUGIADOS VENEZUELANOS: ACESSO E ATENDIMENTO À SAÚDE EM TERRITÓRIO BRASILEIRO	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS	66

INTRODUÇÃO

O presente estudo procurou refletir sobre as condições de acesso e atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por parte dos refugiados venezuelanos, no período de 2015 a 2021.

Delimitou-se este período histórico, a partir de 2015, por conta da intensificação neste ano da migração venezuelana, a qual ganhou grande visibilidade no contexto global, derivada da crise humanitária (política, econômica e social) daquele país (COSTA e VIEIRA, 2019). Além disso, em 2016 houve uma grande mudança de rumo na atuação da diplomacia brasileira, o que foi acentuado em 2019, continuando até o corrente ano.

Esta grande mudança de rumo é resultante do golpe de Estado (*impeachment*) que retirou Dilma Rousseff (Partido dos Trabalhadores – PT) da presidência de República, tendo assumido em seu lugar, o então vice-presidente, Michel Temer (Partido do Movimento Democrático Brasileiro – MDB), o qual passou a faixa presidencial para Jair Bolsonaro¹ (Partido Social Liberal – PSL) que chegou ao poder, após vencer as eleições em 2018, no segundo turno.

Vale ressaltar, que o escopo inicial pretendia dar conta das condições de acesso e atendimento no SUS dos refugiados como um todo no Brasil. Mas, por se tratar de um estudo exploratório de nível médio, o escopo foi redimensionado para tornar a pesquisa factível, bem como para garantir a análise dos dados e informações obtidas e, a elaboração da monografia no prazo estipulado pela coordenação do Projeto Trabalho, Ciência e Cultura (PTCC), da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).

Entende-se que, o acesso ao SUS e o respectivo atendimento dado aos refugiados também é uma questão relevante, pois estes sofrem ao longo da vida diversos reveses, os quais afetam diretamente a sua saúde, inclusive, mental.

O interesse no tema surgiu a partir das aulas de Trabalho de Integração (TI), no 2º Ano, que investigou a temática – “Ciência, Tecnologia e Inovação no SUS”, o qual é vinculado à Iniciação à Educação Politécnica (IEP), que por sua vez integra o Curso Técnico de Nível Médio em Biotecnologia desta Escola.

¹ Jair Bolsonaro está sem partido atualmente, pois deixou o PSL em novembro de 2019, tendo participado da criação e anúncio de um novo partido, no fim de janeiro de 2020 – “Aliança para o Brasil”, o qual ainda não conseguiu a validação de pelo menos 491.967 assinaturas para o seu reconhecimento junto ao Tribunal Superior Eleitoral (TSE).

Neste componente curricular foram estudadas as epidemias e pandemias no mundo globalizado e apoiado nisso, também houve discussões sobre imigrantes e refugiados. Logo nas primeiras leituras a respeito da temática deste estudo foi possível identificar relatos de refugiados que estão no Brasil. Tais relatos davam conta, inclusive, das condições de acesso e atendimento no Sistema Único de Saúde.

De acordo com Reis e Menezes (2012), a condição de refugiado foi reconhecida formalmente após 1945, englobando aquelas pessoas que saem de seus países lutando pela própria sobrevivência, passando por inúmeras adversidades no deslocamento e no país em que buscam refúgio, por conta de perseguições étnicas, políticas e religiosas, bem como guerras, desastres e situações de miséria.

Para Ventura e Yujra (2019), refugiados são aqueles que deixam o seu país de origem, porque nele não podem permanecer, geralmente por fundado temor de morte ou perseguição (política, étnica, religiosa, entre outros).

Por outro lado, o imigrante sai de seu território de modo planejado, buscando geralmente uma vida melhor, emprego, formação profissional e novas oportunidades. Sendo assim, as necessidades do imigrante e do refugiado são distintas. A questão dos refugiados é observada em todo mundo e tem a ver com o deslocamento de pessoas, sendo resultante de grave e generalizada violação dos Direitos Humanos em razão de conflitos diversos, o que pode levar um indivíduo ou população, por temor das mais diferentes ordens, a buscar refúgio em outro país.

No processo de deslocamento podem ocorrer naufrágios, deportações entre outros infortúnios. Além disso, após o ingresso nos países de refúgio, um dos principais obstáculos encontrados é a xenofobia. No que diz respeito à xenofobia, o verbete do glossário da Organização Internacional para as Migrações (OIM) esclarece que:

No plano internacional não existe uma definição universalmente aceita de xenofobia, muito embora possa ser descrita como atitude, preconceito ou comportamento que rejeita, exclui e, frequentemente, diminui pessoas com base na percepção de que são estranhas ou estrangeiras relativamente à comunidade, à sociedade ou à identidade nacional. Existe uma relação estreita entre racismo e xenofobia, termos que são difíceis de distinguir (OIM, 2009, p.80).

Isto é, qualquer forma que atinja inúmeros tipos de violência contra determinada pessoa ou grupo, a partir de medo ou ódio com base na sua origem. No Brasil, onde o racismo estrutural é muito presente correlaciona com a forma de acolhimento e tratamento da sociedade, sendo consequência da xenofobia e seu agravamento, como também a imigração massiva auxiliando na disputa entre nativos e imigrantes. O contexto político-econômico adverso, a não compreensão do idioma local de refúgio, distanciamento de familiares, documentação ausente ou incompleta também são obstáculos para os refugiados. Em todo o mundo, é possível perceber crescentes dificuldades para ingresso e permanência no território de refúgio.

Cumprido destacar, a extrema relevância da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) neste contexto, tendo sido adotada² pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948. A DUDH é um grande marco jurídico-político, surgido como resposta mundial à Segunda Guerra Mundial³, principalmente, ao impacto do holocausto judeu na Alemanha de Hitler, o qual produziu um expressivo número de pessoas deslocadas na Europa. A DUDH teve como objetivo principal, proporcionar proteção eficaz, incluindo valores como o direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade. Nesse sentido, Silva e Rodrigues (2012), esclarecem que:

[...] a comunidade internacional, ao fim do conflito, reagiu ao tentar estabelecer normativas para apaziguar a questão e tentar soluções de médio e longo prazo que confirmassem as intenções da Liga das Nações, em torno de comissariados internacionais, mas desta vez de forma não seletiva e sim para todos os povos atingidos e de modo permanente. Com efeito, ao final da Segunda Guerra Mundial temos a materialização e a busca pela aproximação das vertentes jurídicas de proteção da pessoa humana em prol dos refugiados, que gradativamente se tornaram milhares ao final do conflito global. De um lado, ainda durante o conflito, estabeleceu-se o Acordo de Criação da Administração das Nações Unidas para o Socorro e a Reconstrução – UNRRA, primeira organização a incorporar o termo “Nações Unidas” em seu nome, órgão “ad hoc” de

² Assinada em Paris, a DUDH foi esboçada, principalmente, pelo canadense John Peters Humphrey, tendo contado também com a colaboração de muitas pessoas ao redor do mundo.

³ Dentre as consequências mais visíveis e dramáticas do conflito, estavam os milhões de refugiados que foram forçados a deixar seus países de origem devido às hostilidades ou em função de perseguições, por conta de sua “raça”, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião política. A estimativa é a de que mais de quarenta milhões de pessoas tenham se deslocado à força, somente na Europa, ao final desta guerra (BRASIL, 2018).

funções temporárias para realizar missões humanitárias a curto prazo. De outro lado, foi criada a Organização Internacional para os Refugiados – OIR, já no espírito da Guerra Fria, que seria substituída posteriormente pelo [...] ACNUR, no âmbito da Convenção de Genebra de 1951, do mesmo modo que as Convenções de Genebra de 1949 para o direito internacional humanitário, que viriam para tentar regular os conflitos armados e buscar a diminuir a catástrofe dos refugiados produzidos pelo flagelo humano da guerra (SILVA e RODRIGUES, 2012, p.133-134).

Não obstante, as condições de saúde dos refugiados dependem também de como ocorreu o itinerário até o país onde foi buscado o refúgio, bem como a situação epidemiológica do novo território, ou seja, muitas vezes os refugiados apresentam doenças anteriormente à fuga ou as contraem no país destino, tais como ansiedade, depressão, sarampo, difteria, desnutrição e, mais recentemente, a COVID-19.

Portanto, a saúde dos refugiados é uma questão muito relevante, pois está relacionada à necessidade de proporcionar um serviço de qualidade para este público, estando presente na Constituição Federal de 1988 que: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, sendo “direito à saúde” ter garantido além do tratamento de doenças ou a ausência delas, o direito a um ambiente saudável, ao trabalho, à alimentação e à moradia e, condições necessárias para uma vida digna (DALLARI, 1988).

Para os brasileiros natos e os estrangeiros residentes neste país, a Constituição Federal diz que o Estado deve garantir saúde a todos, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação.

Em concordância com este postulado a respeito da Constituição Federal de 1988, Barreto e Leão (2010) afirmam que:

[...] a Constituição enfatiza 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 propriedade...”. Ela ressalta que os “direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados

internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.” (BARRETO e LEÃO, 2010).

Assim, as ações e serviços de saúde cabem prioritariamente ao poder público, devendo dispor nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização, controle, e execução, seja pela administração direta, seja por pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

Jubilut et al (2018) ao fazerem referência à DUDH e à Constituição Federal de 1988, anteriormente mencionadas, afirmam que brasileiros natos ou estrangeiros residentes no Brasil seriam “iguais perante a lei”, assim:

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) (ONU, 1948), em seus artigos I e II, dispõe sobre a igualdade de direitos e dignidade para todos os seres humanos. No que se refere ao Estado Brasileiro, os ditames do art. 5º, caput, da Constituição Federal de 1988 (CF/88) destina equivalência aos estrangeiros e nacionais, ao determinar que todos são iguais perante a lei (JUBILUT et al., 2018, p.130).

Conforme Evangelista (2009), é possível questionar como a saúde é ofertada no dia a dia dos serviços de saúde no Brasil, pois um sistema de saúde precário também colabora na disseminação de doenças e cria obstáculos que impedem um bom atendimento, podendo ocorrer maior chance de falha na comunicação e diagnósticos, como é possível perceber no caso da COVID-19.

Para evitar a permanência da situação degradante em que a maioria dos refugiados chega ao país, é preciso não apenas reconhecer os seus direitos consagrados pelas legislações nacional e internacional, mas também assegurá-los, principalmente aos que necessitam de cuidados de saúde mais específicos e complexos.

Esta monografia está estruturada da forma descrita a seguir. Na **Introdução** é apresentada a temática trabalhada, a forma e razão do surgimento de interesse na questão do acesso e atendimento à saúde dado aos refugiados no Brasil e, a mudança metodológica feita em relação ao projeto de pesquisa. Nas **Notas Metodológicas** é apresentado o escopo do estudo e justificada adequação do mesmo para fins de elaboração da presente monografia.

O **Capítulo 1 – Breve Histórico da Legislação sobre a Proteção ao Refugiado** trata de forma panorâmica do desenvolvimento e aplicação da proteção legal ao refugiado e quais

instrumentos são utilizados na resolução desta questão, principalmente no caso brasileiro. O **Capítulo 2 – Origem e desafios do Sistema de Saúde (SUS) para refugiados no Brasil**, é desenvolvida uma reflexão acerca da contemplação, avanços e desafios do SUS e os reflexos dessas circunstâncias na garantia de acesso e atendimento de refugiados venezuelanos. E, o **Capítulo 3 – Refugiados Venezuelanos: Acesso e atendimento à saúde em território brasileiro**, ressalta as deficiências do SUS e da competência do país e suas respectivas administrações com as questões que envolvem os refugiados.

Nas **Conclusões Finais**, os Capítulos 1, 2 e 3 são retomados com o intuito de consolidar os achados do estudo realizado.

Por fim, as **Referências** identificam obras e autores utilizados para subsidiar a reflexão desenvolvida.

NOTAS METODOLÓGICAS

Entende-se que para a realização deste estudo, o método mais adequado é o qualitativo, em razão de se tratar de uma proposta no campo ampliado das Ciências Sociais, mais especificamente uma interseção entre Geografia e Sociologia, dada à temática dos refugiados do Brasil e suas condições de acesso e atendimento no Sistema Único de Saúde. De acordo com Minayo et al. (1998, p.15):

As Ciências Sociais [...], possuem instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação da suntuosidade de que é a vida dos seres humanos em sociedades, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória. Para isso, ela aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações.

Neste sentido, foram adotados como procedimentos metodológicos, o levantamento bibliográfico na base de dados Lilacs e Scielo, a respeito da temática dos refugiados no Brasil, bem como das suas condições de acesso e atendimento no SUS, mais particularmente do caso venezuelano. E, também foram utilizadas diversas reportagens, informações e dados de sítios governamentais e de apoio e proteção aos refugiados, bem como à temática dos Direitos Humanos, refugiados, saúde pública e Venezuela.

Diante do exposto, pretende-se contribuir na disseminação de informações e conhecimentos acerca desta problemática. A questão norteadora original foi modificada em relação ao projeto de pesquisa para corresponder à adequação do escopo atual, passando a ser a seguinte: ***“Em que medida os refugiados venezuelanos no Brasil têm acesso, atendimento garantido e efetivo no SUS?”***.

Objetivou-se de forma geral, refletir sobre as condições de acesso e atendimento aos refugiados venezuelanos, no âmbito do Sistema Único de Saúde. E, especificamente, buscar informações e dados relativos às condições de acesso destes refugiados no SUS, assim como identificar a existência e implementação de políticas humanitárias do Estado brasileiro para os refugiados venezuelanos, no período de 2015 a 2021.

CAPÍTULO 1 – BREVE HISTÓRICO DA LEGISLAÇÃO SOBRE A PROTEÇÃO AO REFUGIADO NO MUNDO E NO BRASIL

Ao longo do tempo foram estabelecidos inúmeros critérios para definir a condição de refugiado, principalmente por conta das crises humanitárias, no período de guerras. Inicialmente, de 1920 até 1935, a definição foi dada de maneira convencional e casuística, com base em um critério grupal (ligado à noção de minorias), em razão do refugiado integrar um grupo social privado de proteção em seu país de origem.

Um segundo critério, admitido entre 1935 e 1939, foi o de proteger os refugiados, independentemente da definição de grupo social, mas por terem sido afetados por um evento político ou social, o que foi considerado um avanço em relação à definição anterior (SILVA, 2012).

Vale ressaltar, o caso da filósofa Hannah Arendt, autora do clássico – “As origens do Totalitarismo”, a qual foi privada de seus direitos, tendo sido perseguida e presa por um período curto em 1933, na Alemanha por sua origem judaica. O regime nazista retirou a sua nacionalidade no ano de 1937, fazendo com que virasse apátrida, levando-a a requerer nacionalidade estadunidense em 1951. Arendt (2013) se refere desse modo acerca da questão do refúgio, durante o período do regime nazista:

Desde o deflagrar da guerra e a catástrofe onde caiu o judaísmo europeu, o mero facto de ser um refugiado impediu a nossa assimilação com a sociedade judaica nativa, algumas excepções apenas provam a regra. Essas leis sociais por escrever, embora nunca publicamente admitidas, tinham uma grande força na opinião pública. E tal opinião silenciosa e prática eram mais importantes para a nossa vida quotidiana do que todas as proclamações de hospitalidade e boa vontade oficiais. O homem é um animal social e a vida não é fácil para este quando as ligações são cortadas. Os padrões morais são muito mais fáceis de manter na textura da sociedade. Muitos poucos indivíduos têm força para conservar a sua própria integridade se o seu estatuto social, político e legal estiver completamente confuso. Faltando a coragem para lutar pelo nosso estatuto social e legal, decidimos, em vez disso, tantos de nós, tentar mudar de identidade. E este comportamento curioso torna as questões bem piores. A

confusão em que vivemos é, em parte, da nossa própria responsabilidade (ARENDDT, 2013, p.15-16).

Não obstante, o deslocamento tomou grandes proporções com a criação da Administração de Socorro e Reabilitação das Nações Unidas em 1942, da Conferência de Bermudas no mesmo ano e, da Assembleia Geral das Nações Unidas em 1946, as quais traziam além da definição de refugiado, princípios para a ampliação de sua proteção.

Mesmo assim, foi necessária a criação de um novo órgão internacional em 1947. Trata-se da Organização Internacional de Refugiados (OIR), voltada para a solução de problemas relativos à proteção de refugiados, em decorrência da Segunda Guerra Mundial.

A Segunda Guerra Mundial foi um período da História em que foi gerado um número muito expressivo de deslocamentos humanos, tomando por base que a Europa foi o grande palco deste conflito, tendo suas cidades ficado em ruínas, com milhões de mortes e pessoas sem lar. A circulação de pessoas se deu principalmente, por parte de europeus que saíam de sua terra natal, buscando abrigo em outras nações.

Isto posto, em 1945, cinquenta nações se reuniram e formaram um corpo institucional para promover a “paz” e a “proteção”, com o intuito de prevenir futuras guerras. No trecho inicial de seu preâmbulo, as ideias propostas na Carta das Nações Unidas, são as seguintes:

Nós, os povos das Nações Unidas, resolvidos a preservar as gerações vindouras do flagelo da guerra, que por duas vezes, no espaço da nossa vida, trouxe sofrimentos indizíveis à humanidade, e a reafirmar a fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direito dos homens e das mulheres, assim como das nações grandes e pequenas, e a estabelecer condições sob as quais a justiça e o respeito às obrigações decorrentes de tratados e de outras fontes do direito internacional possam ser mantidos, e a promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de uma liberdade ampla (ONU, 1945).

Mesmo com esta Carta, algumas atrocidades ainda aconteciam e então, a comunidade mundial concluiu que uma declaração universal que especificasse os direitos individuais era necessária para efetivar os Direitos Humanos.

Quanto aos refugiados, em 1950, um outro órgão foi criado, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR). De acordo com o sítio do ACNUR Brasil, o ACNUR é uma Agência da Organização das Nações Unidas (ONU), criada em dezembro de 1950, por resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas, tendo iniciado as suas atividades em janeiro de 1951, com trabalho embasado na Convenção aprovada no mesmo ano (ACNUR BRASIL, 2021). Isto porque, para além de um órgão, um instrumento normativo era necessário para redefinir a condição de refugiados.

O ACNUR foi criado com o objetivo de prover proteção internacional aos refugiados, tendo sido considerado formalmente uma instituição de cunho social, internacional, humanitária e “apolítica”. Dentre as funções mais importantes do ACNUR, estão a de assegurar e inspecionar os países que recebem os refugiados. No ano de 1958, o Brasil começou a fazer parte de seu Conselho Executivo.

Com efeito, uma nova definição de refugiado e o alcance de sua proteção foram aprovados na Convenção de 1951 das Nações Unidas sobre o Estatuto do Refugiado⁴, a qual diz em seu artigo 1º:

Toda pessoa que, como resultado de acontecimentos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951 e devido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, por pertencer a determinado grupo social e por suas opiniões políticas, se encontra fora do país de sua nacionalidade e não possa ou, por causa dos ditos temores, não queira recorrer à proteção de tal país; ou que, carecendo de nacionalidade e estando, em consequência de tais acontecimentos, fora do país onde tivera sua residência habitual, não possa ou por temor fundado não queira regressar a ele (ONU, 1951).

Sendo assim, com a Convenção das Nações Unidas sobre o Estatuto do Refugiado de 1951, pela primeira vez foi estabelecido um instrumento universal de proteção ao refugiado, isto é, qualquer pessoa independentemente de seu grupo social, de um evento político e/ou social determinado, poderia ser beneficiada pela proteção internacional. No parágrafo 2, da seção 2 desta Convenção, a pessoa que:

⁴ Também conhecido como Convenção de Genebra de 1951 ou simplesmente, Convenção de 1951. Cumpre informar, que esta Convenção foi parcialmente alterada pelo Protocolo Relativo de 1967.

em consequência dos acontecimentos ocorridos antes de 1º de janeiro de 1951, e temendo ser perseguida por motivos de raça, religião, nacionalidade, 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 sua residência habitual em consequência de tais acontecimentos, não pode ou devido ao referido temor, não quer voltar a ele (ONU, 1951).

E, segundo o sítio deste órgão no Brasil, a Convenção de 1951:

Consolida prévios instrumentos legais internacionais relativos aos refugiados e fornece direitos a nível internacional. Ela estabelece padrões básicos para o tratamento de refugiados sem, no entanto, impor limites para que os Estados possam desenvolver esse tratamento (ACNUR BRASIL, 2021).

De acordo com Silva (2012), a característica fundamental que diferencia a perspectiva para a definição do conceito de refugiado dos critérios anteriores é que a:

Convenção individualiza o refúgio, e o critério se centra na pessoa do refugiado. Aqui o refugiado(a) é um ser concreto que tem uma raça professa, uma crença religiosa, tem uma nacionalidade, pertence a um grupo social ou sustenta determinadas opiniões políticas e, exatamente por isso, é perseguido ou teve negada a proteção em seu país, ou este estado não pôde e não pode protegê-lo (SILVA, 2012, p. 17).

Portanto, o atual instituto do refúgio é resultante de uma concertação internacional baseada na cooperação internacional, enquanto estratégia mais adequada para lidar com a “migração forçada” (busca de refúgio). Para Reis e Menezes (2012), dada a sua definição e forma como opera na atualidade é possível afirmar que:

o instituto do refúgio se caracteriza por dois momentos: o momento anterior ao reconhecimento do status de refugiado – o qual congrega as condições de vida que levaram à fuga e que legitimaram o emprego desse instituto de proteção internacional –, e o momento posterior ao reconhecimento – a chamada “fase de proteção”, ou seja, a vida do refugiado em seu país de acolhida. Esses dois momentos são interdependentes:

sem determinadas condições de vida não há necessidade reconhecida de proteção que leve à aplicação do instituto de refúgio, assim como somente a acolhida em outro país não o caracteriza (REIS e MENEZES, 2012, p.62).

Os limites colocados para a efetivação da Convenção de 1951, tornou difícil o seu emprego, pois existia uma reserva geográfica (acontecimentos ocorridos na Europa) e uma reserva temporal (casos anteriores a 1º de janeiro de 1951). Isto significa, que o aceite de pessoas em determinado país na condição de refugiado estava limitado, em certa medida, ao espaço (reserva geográfica, que estabelecia acolher somente povos vindos da Europa), ou ao tempo (situações ocorridas antes de janeiro de 1951).

Estas restrições consideravam a crença de que a problemática do refúgio seria apenas um problema momentâneo, devido à Segunda Guerra Mundial, o que tornou a Convenção inadequada, pois apenas oriundos da Europa eram reconhecidos em outros países como refugiados. O Brasil aderiu à Convenção de 1951 em 1960, considerando apenas os refugiados europeus (reserva geográfica).

Para a melhoria da Convenção de 1951, foi elaborado o Protocolo de 1967 sobre o Estatuto dos Refugiados que corrige a reserva temporal, omitindo a informação dos casos que aconteceram antes de 1º de janeiro de 1951, fazendo com que a Convenção atendesse a perspectivas futuras.

Vale ressaltar, que somente em 1970, o ACNUR aumentou sua atuação na América Latina, com mais atenção à América Central. Anteriormente, não tinha trabalho efetivo na América Latina, apenas amparava no acolhimento e integração de refugiados europeus sem o reconhecimento da condição de refugiado.

Por sua vez, o Brasil ratificou o Protocolo de 1967, no ano de 1972, mas começou a se comprometer com as questões de refúgio de modo mais intenso em 1977, ano em que realizou um acordo com o ACNUR para o estabelecimento de um escritório *ad hoc*, no município do Rio de Janeiro.

Para Santos e Júnior (2018), o ACNUR pretendia contar com uma repartição da agência no Brasil, em razão da quebra da democracia na América Latina, quebra esta, que acabou gerando uma resistência em cadeia de grupos opositores aos regimes militares e,

consequentemente refugiados. E, conforme Jubilit (2007), essa agência ou escritório atuou principalmente,

realizando assentamentos dos refugiados que ali chegavam, uma vez que, no acordo existente entre o ACNUR e o governo brasileiro, estabelecia-se que o Brasil manteria a limitação geográfica da *Convenção de 51*[grifos da autora], somente recebendo refugiados provenientes da Europa. E, além disso, o Brasil também vivendo sob uma ditadura militar, não queria dar guarida a pessoas que se opunham a regimes próximos ao seu, mas permitia o trânsito dessas em seu território para reassentamento em outro Estado (JUBILUT, 2007, p.172).

Diante do exposto, fica claro que a atuação do ACNUR tem posicionamento político definido, pois mesmo com um escritório no Brasil, aceitou as restrições do regime militar brasileiro de apenas receber refugiados europeus.

Cabe destacar, que os Estados Unidos da América (EUA) já exerciam grande poder sobre a ONU e, não só estimularam e financiaram os golpes militares na América Latina, como treinaram militares nas práticas de tortura e repressão política. De acordo com Buss e Ferreira (2012):

Apontado como ineficiente, o sistema de agências da ONU, incluindo a Organização Mundial da Saúde, vê seu orçamento regular, propiciado pela contribuição obrigatória dos Estados-membros, estagnar, aumentando apenas os recursos financeiros com finalidade específica, indicada diretamente pelos doadores. No caso da OMS, cerca de 60% do orçamento provêm atualmente de tais contribuições voluntárias — dos próprios países, fundações filantrópicas e empresas privadas —, deixando o Conselho Executivo e o Secretariado com uma margem de manobra programática bastante pequena. Temendo que essas contribuições sejam ainda mais reduzidas, o Secretariado faz todo o possível para evitar conflitos com doadores poderosos ou contrariar seus interesses. O aumento das contribuições voluntárias, em detrimento das obrigatórias (que reforçariam o orçamento regular e, portanto, os programas institucionais de cooperação multilateral), representa possivelmente uma reação de desconfiança dos países-membros quanto à capacidade de implementação de projetos de cooperação pela OMS.

Se não chega a tanto, trata-se, no mínimo, de uma deformação do processo de cooperação multilateral, que necessariamente deverá ser revisto em anos vindouros, conforme reconhecem os projetos de reforma em implementação na própria ONU e na OMS (BUSS e FERREIRA, 2012, p.244-245).

E, conforme afirmado anteriormente, o Brasil vivia neste período uma ditadura militar, obrigando a saída para o exterior de centenas de brasileiros contrários ao regime, o que pode ser exemplificado no famoso *slogan* da época – “Brasil: ame-o ou deixe-o”.

O ACNUR observava e acompanhava este cenário político, sendo que a Igreja Católica (Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro e São Paulo) estava à frente para proteger os cidadãos na saída e no refúgio em outro país. E, por conta deste cenário político, o Brasil não desenvolveu à época, uma política de proteção internacional de refugiados.

Desde 1975, as Cáritas Arquidiocesanas do Rio de Janeiro e São Paulo ajudaram muitas pessoas de países vizinhos que cruzavam a fronteira para o Brasil, com recursos da própria Igreja, promovendo assistência e “ensinando” ao governo brasileiro a trabalhar com essa temática, tendo se tornado grandes responsáveis pela “boa prática” que o Brasil teria adquirido, no que diz respeito à recepção e assistência de refugiados (BARRETO, 2010).

Em contraponto à ideia de uma “boa prática” do governo brasileiro em relação à recepção e assistência de refugiados, basta fazer a lembrança da ideologia (discurso) de “segurança nacional”, muito forte em todo o período do regime militar brasileiro. Neste sentido, Santos (2016) afirma que:

É este discurso, quando posto de forma isolada ou de maneira inquestionável ainda muito criticado por ser àquele presente no Estatuto do Estrangeiro (Lei 6.815 de 19 de agosto de 1980), que “apresenta uma visão mais restritiva de direitos e deveres, ligando a regulamentação ao tema da segurança nacional. Esta lei tinha, por questões óbvias, como um dos seus objetivos, dar ferramentas ao Estado frente a estrangeiros indesejados pela oposição política em que se afirmavam (SANTOS, 2016, p.49).

O Estatuto do Estrangeiro foi criado no governo do trigésimo presidente militar, general João Batista Figueiredo, o qual governou o Brasil entre 1979 e 1985, tendo sido regulamentado

pelo Decreto nº 88.715, de 10 dezembro de 1981. E, como afirma Claro (2019-2020), o Estatuto tinha:

[...] como principal função resguardar a soberania nacional e os interesses brasileiros diante da possível ameaça estrangeira. O imigrante, então, era visto como potencial inimigo para o país e sua população, visão que permeou toda a normativa jurídica de estrangeiros da época. Diante da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e das novas dinâmicas migratórias tanto de quanto para o país, o estatuto logo se tornou obsoleto e demandou mudanças, as quais vieram de maneira mais célebre por meio de normas infralegais. As resoluções normativas do Conselho Nacional de Imigração (CNIg), do Comitê Nacional para Refugiados (CONARE) e de portarias interministeriais dos ministérios da Justiça, do Trabalho e das Relações Exteriores deram vazão parcial à demanda legal, uma vez que os mecanismos legislativos de criação de uma nova lei estavam em descompasso com a necessidade de soluções dos casos concretos não contemplados pela lei em vigor (CLARO, 2019-2020, p.41-42).

Portanto, o Estatuto do Estrangeiro por sua excessiva preocupação com a ideologia da “segurança nacional” pode ser caracterizado como nacionalista e conservador, tendo definido a situação política do migrante no país, com vistas exclusivamente, aos “interesses nacionais”. A priorização da “segurança” e da restrição da liberdade dos imigrantes em território nacional, ou seja, os imigrantes e refugiados foram considerados indivíduos de “segunda classe”.

Em 1984, surgiu mais uma legislação para ampliar a Convenção de 1951, a Declaração de Cartagena, a qual estendeu o significado de refugiado não só para àqueles em razão da “raça”, naturalidade, grupo social, sexo ou opinião política que justificassem o temor da perseguição, como também àquelas pessoas, cujo país de origem tenham entrado em processo de degradação política e social, permitindo violência generalizada, violação de Direitos Humanos e outras circunstâncias de “perturbação grave de ordem pública” (BARRETO, op. cit.).

Em concordância com autor supracitado, Milesi (2005), afirma que a Declaração de Cartagena é um marco na conceituação de refugiado na América Latina, resultante de um Acordo entre países da América Central que considerou a violência generalizada, invasão estrangeira e conflitos com razões justificadoras do pedido e a concessão de refúgio. A autora ainda postula

que esta Declaração, mesmo sem a força de uma Convenção, vem inspirando atitudes e posturas dos países desta região, os quais passaram efetivamente a reconhecer refugiados com amparo na sua abertura conceitual.

Assim, para Barreto e Leão (2010) esta Declaração é importante, pois conta com elementos que vinculam as três correntes de proteção internacional na legislação, interpretação e operação, quais sejam: Direito Humanitário; Direitos Humanos; e, Direitos dos Refugiados. Estes autores também afirmam que:

A Declaração de Cartagena sobre Refugiados (1984) foi resultado de encontros de representantes governamentais e especialistas de dez países latino-americanos em Cartagena das Índias, Colômbia, para considerar a situação dos refugiados na América Latina. Ela estabeleceu os conceitos básicos dessa questão no campo dos direitos humanos e lançou o termo “violação maciça de direitos humanos” como elemento da definição mais ampla de refugiado. Na ocasião do décimo aniversário da Declaração de Cartagena, a Declaração de San José sobre Refugiados e Pessoas Deslocadas (1994) forneceu mais uma compreensão inovadora acerca da proteção específica de deslocamentos internos ao afirmar que o deslocamento é causado principalmente pela violação dos direitos humanos, reconhecendo claramente convergências entre os sistemas internacionais da pessoa humana e enfatizando sua natureza complementar (BARRETO e LEÃO, 2010).

Com a redemocratização do país, a partir de 1985 começou a haver um maior fluxo de refugiados em direção ao Brasil, sendo que a presença do ACNUR foi marcada oficialmente dois anos depois.

Então, o ACNUR iniciou um diálogo com o governo brasileiro para que pessoas de qualquer parte do mundo pudessem ser recebidas em situação de refúgio, mesmo que de maneira ilimitada ou temporária. Assim, o Brasil em 1989, por meio do Decreto nº 98.602 suspendeu a cláusula de reserva geográfica, mas manteve em termos legais, as restrições estabelecidas nos artigos 15 e 17, da Convenção de 1951.

Neste mesmo ano de 1989, o Brasil aderiu à Declaração de Cartagena e, segundo Barreto (2010, p.29): “[...] com o Decreto nº 99.757, de 03 de dezembro de 1990 retifica as disposições

do Decreto nº 98.602/89, assumindo integralmente todo o teor da Convenção de 1951.”. Ainda segundo este autor, foi em 1990 que o escritório regional do ACNUR começou a funcionar em Brasília.

No ano de 1991, com a política estável, o Ministério da Justiça agiu como um dispositivo jurídico de proteção a refugiados, no qual o governo era solicitado para o reconhecimento formal para aquele que solicitava o refúgio com apenas a liberação de documentos, sem qualquer tipo de apoio, ajuda ou de forma insuficiente para esse indivíduo. Por meio de reuniões com vários órgãos governamentais com históricos de trabalhos com refugiados, foi avaliado em que medida poderia ser possível oferecer aos refugiados algum tipo de apoio, como assistência à saúde.

Foi apenas em 22 de julho de 1997 que foi promulgada uma lei específica para o tema dos refugiados no Brasil, a Lei Federal 9.474, também conhecida como a Lei de Refúgio. Para Barreto (2010), esta Lei contempla todos os dispositivos de proteção internacional de refugiados, sendo considerada até o presente momento pela própria ONU, como uma das leis mais modernas, mais abrangentes e mais generosas do mundo (BARRETO, 2010).

Por sua vez, Santos (2016) afirma que foi o principal marco de proteção aos refugiados, mesmo em âmbito regional ou quando se pensa a legislação argentina a respeito, a qual é considerada atualmente, a mais avançada por contar com a questão da ameaça ou efetiva perseguição por gênero como motivo de refúgio, além de outras questões. Ainda segundo este autor, a nossa Lei de Refúgio:

[...] foi o produto de pressão ao governo Fernando Henrique Cardoso, em um momento que se deu ênfase aos direitos humanos e em um recente processo de redemocratização do país, com a promulgação da *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988* [grifos do autor], mas com intensa participação também de atores não estatais, como o ACNUR [...] no Brasil, que incentivou todo o processo, e a sociedade civil organizada (SANTOS, 2016, p.50).

Deste modo, esta Lei foi aprovada em parceria com a ONU e a sociedade civil, tendo sido criado um órgão nacional, o Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), o qual cuida das solicitações de refúgio, sendo que para implantar políticas públicas, este órgão público-privado, tem como participantes a ONU por meio do ACNUR, a sociedade civil por meio das Cáritas Arquidiocesana do Rio de Janeiro e São Paulo, permitindo a conversação entre governo,

sociedade civil e Nações Unidas. Cumpre informar, que o primeiro Comitê Estadual para Refugiados foi estabelecido em São Paulo, em abril de 2008.

Vale ressaltar, que mesmo com uma lei, o Brasil ou qualquer outro país não tem a obrigatoriedade de aplicar as regras, então o descumprimento das normas vigentes sobre refúgio e a existência de normas ainda pouco protetivas dos migrantes ocasionam a dificuldade na entrada, fazendo com que os refugiados possam estar de maneira ilegal, trazendo malefícios a sua vida e na permanência, empregando o preconceito da sociedade sobre os refugiados (VENTURA e YUJRA, 2019).

Com efeito, a pessoa é “convertida” em refugiado quando um ou mais dos seus Direitos Humanos Fundamentais são violados, tornando a situação insustentável para este indivíduo ou população permanecer em seu país ou região e, ao Brasil não basta contemplar com lei moderna, abrangente e generosa se na prática muitas vezes não é implementada (SILVA, 2012).

Conforme Barreto e Leão (2010), em 1999, o Brasil e o ACNUR assinaram o Acordo Macro para o Reassentamento de Refugiados no Brasil. Contudo,

foi apenas em 2002 que o Brasil recebeu o primeiro grupo de refugiados reassentados. O grupo consistia em 23 afegãos que foram assentados no Rio Grande do Sul. No entanto, devido à falta de experiência do Brasil no reassentamento de refugiados, às diferenças entre a cultura afegã e a brasileira e à própria falta de experiência do ACNUR com as características sociais, políticas, econômicas e culturais do Brasil, apenas nove dessas vinte e três pessoas permaneceram no Brasil no longo prazo (BARRETO, 2010).

Não obstante, no ano de 2004, a Declaração de Cartagena completou vinte anos e, ao refletir a respeito do vigésimo aniversário da referida Declaração, Milesi (2005) afirma que a:

celebração dos 20 anos da Declaração foi marcada por iniciativas que, além de reafirmar sua plena vigência, levaram a sociedade latino-americana e caribenha a debruçarem-se sobre seu sentido conceitual e simbólico para conclamar os Estados a uma reflexão e atualização. Do trabalho, resultou o Plano de Ação do México, que apresenta propostas inovadoras para a proteção internacional dos refugiados, como contraposição ao contexto de políticas e legislações restritivas de muitos países, tanto no aspecto da migração quanto do refúgio,

e, especificamente, restrições ao assentamento de refugiados (MILESI, 2005).

Quanto às estratégias de fortalecimento e comemoração dos trinta anos da Declaração de Cartagena, o Brasil sediou nos dias 2 e 3 de dezembro de 2014, em Brasília, a Conferência Cartagena+30, a qual foi um encontro de líderes da América Latina e Caribe para discussão e adoção da Declaração – “Um Marco de Cooperação e Solidariedade Regional para Fortalecer a Proteção Internacional das Pessoas Refugiadas Deslocadas e Apátridas na América Latina e no Caribe”, bem como do Plano de Ação do Brasil (para a próxima década), objetivando melhorar a estrutura de proteção de refugiados, deslocados e apátridas. Conforme Oliveira (2014):

Na Declaração do Brasil, adotada na Conferência, foram destacadas as questões de gênero, o problema das crianças e adolescentes desacompanhadas na América Central e a proposta da erradicação da apatridia na região. [...], apesar dos esforços institucionais, é possível notar que as atuais estruturas de governança são ineficazes na solução deste problema global. A violência organizada no triângulo norte, o tráfico de pessoas e migrantes, e a necessidade de uma diminuição geral da vulnerabilidade e do fortalecimento dos sistemas de justiça na região, foram questões ressaltadas também. Além disso, o papel do MERCOSUL como base regulatória para a possibilidade de uma mobilidade laboral de migrantes e a necessidade de soluções inovadoras para a migração (OLIVEIRA, 2014, [s.p.]).

A Declaração de Cartagena inspirou os princípios adotados pelo Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), quanto às questões relativas aos refugiados. O MERCOSUL é um mercado comercial comum sul-americano (bloco econômico) criado com o objetivo de promover desenvolvimento econômico e justiça social para a região. Foi fundado a partir do Tratado de Assunção, em 26 de março de 1991, sendo formado por Brasil, Argentina, Paraguai e outros países associados e observadores. De acordo com Amorim et al. (2019), o MERCOSUL:

Herda da Declaração de Cartagena, a preocupação com a necessidade de se implementar a definição ampliada de refugiado. Os países signatários concordaram ainda em adotar políticas que privilegiem a reunificação familiar, em dar atenção especial a crianças e adolescentes desacompanhados e em ter cuidado minucioso no que se refere às questões de gênero. Outra medida importante que foi tomada em tal declaração é a

de não devolver refugiados e solicitantes de refúgio aos seus territórios de origem, onde suas vidas correm perigo (AMORIM et al., 2019, p.50).

Diante do exposto, o MERCOSUL criou em novembro de 2012, a Declaração de Princípios do MERCOSUL sobre a Proteção Internacional dos Refugiados, visando resguardar direitos aos refugiados, quando estes já estão presentes ou ingressam em seu território (AMORIM et al., 2019).

Além disso, as barreiras legais que restringiam a liberdade dos imigrantes no Brasil no Estatuto do Estrangeiro, foram abolidas apenas em 24 de maio de 2017, com a sanção pela presidência de República da nova Lei da Migração (Lei nº 13.445). Esta Lei trataria o imigrante como um concidadão do mundo, com direitos universais garantidos, todos providos gratuita e legitimamente pelo Estado, em conformidade com a política internacional de Direitos Humanos.

Isto porque, traria os princípios de “igualdade no tratamento” e “igualdade de oportunidades” aos imigrantes e seus familiares, consolidando a perspectiva dos Direitos Humanos, no âmbito da política migratória nacional e, coloca o Brasil na vanguarda do tratamento desta temática, o tornando referência no debate mundial sobre migrações, em consonância com as normas e parâmetros internacionais (BRASIL, 2018).

Contudo, Souza e Silveira (2018) discordam dessa perspectiva otimista, postulando que:

Apesar de ser considerada um avanço legislativo, a nova Lei de Migração ficou parcialmente descaracterizada devido aos 18 vetos feitos pelo Presidente Michel Temer ao texto original e a regulamentação da referida Lei pelo Ministério da Justiça, por meio do Decreto nº 9.199, de 20 de novembro de 2017. Tanto os vetos quanto o Decreto descaracterizaram a essência da Lei, que é a garantia dos direitos humanos dos migrantes, mantendo parcialmente os princípios da segurança nacional e a proteção do trabalhador nacional, conforme opinião dos especialistas membros da “Comissão de Especialistas” que participaram da elaboração da Lei (SOUZA e SILVEIRA, 2018, p.118-119).

No ano de 2018, a DUDH completou setenta anos e, em fevereiro deste mesmo ano, foi criado o Comitê Federal de Assistência Emergencial, o qual é responsável pela definição das diretrizes e ações prioritárias do governo federal, no que diz respeito ao acolhimento de pessoas

em situação de vulnerabilidade, ocasionado por fluxo migratório provocado por crise humanitária (BRASIL, 2018).

Não obstante, os desafios para a implementação das leis de proteção ao refugiado ocorrem em um contexto de divergências internacionais, o que pode ser exemplificado no processo de integração dos refugiados nas sociedades dos países destinos. O Brasil faz parte deste contexto, pois recebe refugiados de várias partes do mundo, os quais vivenciam as mais diversas experiências na busca de refúgio.

Ao pensar no Brasil, enquanto um território de acolhida para migrantes e refugiados é necessário problematizar o fato de que estes teriam as mesmas condições de um nativo, do ponto de vista constitucional, pois há restrições para o exercício de seus direitos políticos. Conforme afirmam Handa e Casagrande (2018):

O processo de regularização da permanência em território brasileiro e a regularização dos documentos é o primeiro passo para que o imigrante venha a gozar de todos os seus direitos de cidadão e contemplar em plenitude e igualdade sua inserção na sociedade brasileira contemporânea. A Constituição Federal de 1988, garante em seus artigos 5º e 6º as mesmas garantias legais aos brasileiros estrangeiros, como os direitos sociais: saúde, segurança, acesso à justiça, educação, etc., assim como liberdades individuais como as liberdades de crença e consciência, direitos culturais, etc., contudo as liberdades políticas ainda são restritas para migrantes e refugiados não naturalizados, limitando assim a amplitude e a indissociabilidade dos direitos fundamentais. Se a função do Estado é a tutela e proteção dos Direitos Humanos daqueles indivíduos que se encontram em sua jurisdição, questiona-se por que no Brasil, assim como em outros Estados que formam a sociedade internacional, o exercício dos direitos políticos de migrantes e refugiados é condicionado (HANDA e CASAGRANDE, 2018, p.43).

Sendo assim, a partir de um relato extraído do livro de Ventura e Yujara (2019) – “Saúde de Migrantes e Refugiados”: “Os que recebem e escutam e não tem nada para ensinar”; pode-se perceber que as leis são aplicadas, mas não em conjunto com os refugiados, o que poderia ser mais efetivo e eficiente, pois cada indivíduo ou grupo tem sua necessidade, seja a cultura, o trauma que sofreu, as questões de saúde que não podem ser generalizadas.

De acordo com Moreira (2010), os refugiados não devem ser tratados de forma passiva, ou seja, como objetos e meros instrumentos políticos, mas como sujeitos ativos, que possam se engajar e contribuir para o processo político ajudando também na sua própria inserção, na tentativa de diminuir a discriminação e o preconceito, por parte da sociedade.

É importante implementar políticas de apoio aos refugiados que contribuam no enfrentamento da discriminação e preconceito social em relação a estes sujeitos em situação de extrema vulnerabilidade socioeconômica, tal como o reassentamento.

Vale destacar, que cada país tem a sua própria dinâmica estatal e escolhe como irá efetivar as leis a respeito do refúgio, podendo haver por meio de interesses privilegiar, selecionar e restringir a entrada e permanência dos refugiados em um determinado território.

No que diz respeito à integração dos refugiados, mediante a política governamental implementada no Brasil, Moreira (2014) afirma que:

Adentrando o tripartidarismo que marca a estrutura voltada para a integração dos refugiados no país, é relevante pensar no papel desempenhado por cada ator. O governo brasileiro fornece serviços básicos universais (como saúde e educação), disponíveis à população local. A sociedade civil, representada por instituições religiosas, atuando também através de acordos com ONGs e diversas instituições, oferece serviços essenciais, como auxílio à alimentação, cursos para aprendizado do idioma local, cursos profissionalizantes que facilitam a inserção no mercado de trabalho e moradia, entre outros. O ACNUR, por sua vez, destina recursos para financiar o auxílio concedido através das Cáritas e também fornece expertise e colaboração técnica para os programas implementados em prol do grupo (MOREIRA, 2014, p.125).

Mesmo que os serviços voltados para os refugiados sejam de certa forma estruturados, ainda existem problemas estruturais acerca da qualidade desses serviços, seja na não interligação dos atores sociopolíticos envolvidos, seja na forma como os serviços são prestados aos refugiados, principalmente no que diz respeito à saúde. Esta questão será abordada no Capítulo 2.

CAPÍTULO 2 – ORIGEM E DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PARA REFUGIADOS NO BRASIL

O SUS foi resultado direto da luta pelo direito à saúde, levada a cabo pelo Movimento pela Reforma Sanitária nas décadas de 1970 e 1980. Em 1986, na famosa 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a primeira com representantes da sociedade civil organizada, o lema era “Democracia é Saúde, Saúde é Democracia”. Assim para Paim (2009),

Com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo: A saúde é um direito de todos e dever do Estado (Art. 196). Essa conquista política e social pode ser atribuída a diversas lutas e esforços empreendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, entre 1976 e 1988. Pela primeira vez na história do Brasil, foi promulgada uma Constituição que reconhece a saúde como direito social, dispondo de uma seção específica e contando com cinco artigos destinados à saúde (PAIM, 2009, p.43).

Portanto, o SUS é uma conquista popular, tendo sido consagrado na Constituição Federal de 1988 e, regulamentado apenas em 1990 com a chamada Lei Orgânica da Saúde⁵ (Leis 8.080 e 8.142). O SUS é considerado um dos maiores sistemas de saúde pública no mundo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, mais de 150 milhões de pessoas dependiam do SUS.

Vale ressaltar, que a criação do SUS levou em conta, a valorização das relações sociais e o conceito ampliado de saúde (saúde não é apenas a ausência de doença), entendendo a saúde como um direito universal em todos os níveis de atenção (Atenção Básica / Primária, Média Complexidade e Alta Complexidade).

O SUS, enquanto um sistema de saúde com direito universal, compõe a noção de seguridade social, assim, o direito à saúde está relacionado com a condição de cidadania, sendo financiado, solidariamente por meio de contribuições e impostos, no âmbito do pacto federativo.

⁵ Esta Lei, na verdade foi “partida” em duas, por conta do então, presidente da República Fernando Collor de Mello ter vetado os artigos relacionados ao controle social / participação popular, via conselhos e conferências, bem como ao financiamento. Com efeito, o Movimento Sanitário pressionou o Congresso Nacional à época para que os referidos artigos voltassem, o que ocorreu com a aprovação da Lei 8.142.

A Constituição Federal de 1988 determina que o SUS seja um sistema público de saúde com comando único, a qual estabelece responsabilidades para as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) que devem cofinanciá-lo, sendo observada relativa autonomia para estados e municípios.

A assistência à saúde no âmbito do SUS abrange desde o simples atendimento até o mais complexo, tendo como princípios norteadores, o acesso integral (integralidade), a universalidade e a equidade (justiça social). O acesso integral é entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema universal. A universalidade refere-se ao direito à saúde para todos, incluindo acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, que engloba o cuidado, promoção e prevenção à saúde da população em geral. Por sua vez, a equidade destaca a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie para atender as pessoas e as coletividades, de acordo com as suas necessidades (PAIM, 2009).

Há também, as diretrizes de organização, quais sejam: descentralização; hierarquização; regionalização; e, controle social / participação popular.

Contudo, mesmo sendo um direito do cidadão e dever do Estado que deve prestar atenção integral em todo o território nacional é possível observar a não efetivação desse direito, bem como deficiências na qualidade do serviço prestado e má utilização dos recursos. Neste cenário, a assistência à saúde para o nativo é muito precária, o que é agravado seriamente no caso dos refugiados e imigrantes.

Idealmente, o SUS deveria ser um sistema articulado e contínuo de ações e serviços públicos, nos aspectos individual e coletivo, objetivando prevenir, curar, reabilitar e promover a saúde individual e coletiva. Para tanto, o SUS deve manter controle sanitário, promover ações preventivas, campanhas informativas e de imunização.

Sendo assim, o SUS deve trabalhar com base em sistemas integrados de informação e com um plano nacional de saúde que possa subsidiar o desenvolvimento e aperfeiçoamento de políticas públicas convergentes com as necessidades sanitárias, identificadas nas diversas regiões do território nacional.

Com efeito, o Ministério da Saúde (MS) elabora o Plano Nacional de Saúde, pois é responsável pela formulação de políticas públicas a nível federal, diretrizes e normas,

fiscalizando e avaliando a sua implementação, bem como atuando na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)⁶. Por sua vez, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)⁷, elabora o Plano Estadual de Saúde, contribuindo com a assistência aos municípios nas ações estipuladas. E, são as secretarias municipais de saúde que devem executar os serviços de saúde, planejar e implementar o Plano Municipal de Saúde.

Os municípios devem dar conta prioritariamente da sua demanda de saúde, prestando secundariamente assistência a usuários de outros municípios, no âmbito da pactuação existente na região de saúde de que faz parte. Os atendimentos seguiriam a referência dos sistemas de regulação, mas na prática, principalmente em casos de urgência / emergência, ou mesmo na busca do próprio usuário e/ou sua família, o acesso e a assistência ficam à mercê dos contatos institucionais ou pessoais entre secretarias de saúde, no nível municipal ou estadual, podendo chegar ao nível federal, em casos que exigem assistência de alta complexidade.

Cabe destacar, que um sistema de saúde pode ser entendido como um conjunto de agências (instituições e empresas) e agentes (trabalhadores de saúde) que se relacionam entre si, com a finalidade de garantir atenção à saúde, assim como serviços de saúde integrados com estratégias informativas, educacionais e comunicacionais, as quais via de regra, são realizadas por escolas, rádios e emissoras de televisão (PAIM, 2009).

No que se diz respeito ao atendimento em relação ao grau de necessidade e à demanda local, a hierarquização de níveis de complexidade é entendida como a melhor maneira de distribuição de recursos humanos e financeiros, com o intuito de garantir acesso e assistência sem discriminação e de forma universal. Não obstante, o tratamento de caráter especializado ou hospitalar pode ser crucial em relação à saúde dos refugiados, por conta, principalmente, de seu deslocamento muitas vezes traumático até o país destino.

O SUS em seus trinta e três anos de existência teve grande crescimento na oferta de serviços, aumento de sua complexidade, mas nunca dispôs de um financiamento adequado, tendo sido subfinanciado de 1990 até 2016 e desfinanciado, a partir de 2018. Os recursos financeiros

⁶ A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) possui âmbito federal e é formada por quinze membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); e, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A representação dos estados e municípios é regional, sendo um representante para cada uma das regiões do Brasil.

⁷ A Comissão Intergestores Bipartite possui âmbito estadual e é constituída paritariamente, por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), incluindo obrigatoriamente, o secretário de saúde da capital do estado.

para o SUS estão definidos em um arcabouço legal (Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde e outras leis complementares).

Com efeito, os municípios e o Distrito Federal devem aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 15% da arrecadação dos impostos e recursos. Além disso, o Distrito Federal deve aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 12% do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e municipal.

Cabe à União aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor do exercício financeiro anterior, acrescido ao percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual (LOA).

Para Schneider et al. (2005), mesmo que o financiamento do SUS seja distribuído entre as três esferas de governo e, por lei seja determinado o percentual mínimo de recursos que precisam ser repassados, oriundos ou não da vontade política e disponibilidade de caixa, continuará a ocorrer uma sobrecarga de demanda e insuficiência de recursos humanos e financeiros, o que compromete a administração dos gastos públicos em nível federal, estadual e municipal.

Cabe destacar, que no ano de 2006, o Pacto de Gestão explicitou as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite em cinco blocos de financiamento federal (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), estabelecendo relações contratuais entre os entes federativos.

Além disso, foi aprovada a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), na qual os estados e o Distrito Federal ficaram obrigados a aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 12% da arrecadação dos impostos e recursos, inferindo as parcelas que forem transferidas aos municípios.

Contudo, por conta da Emenda Constitucional nº 95 de 2016 (Governo Temer), o investimento no SUS, caiu ainda mais, pois os investimentos da saúde ficarão congelados até 2036, assim, o que era antes um mínimo de despesas na área da saúde (piso), se tornou o máximo (teto).

Vale ressaltar, que no ano em seguinte, ou seja, 2017, o financiamento do SUS contemplava dentre outros serviços, cirurgias, transplantes e, medicamentos por apenas R\$3,48 por dia.

Em 2019, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mais de 150 milhões de pessoas dependiam do SUS e, com relação à Constituição Federal e ao título de ser uma das maiores redes de saúde pública no mundo, Arthur Chioro (ministro da saúde durante o governo Dilma Rousseff), afirmou que a saúde que chega à população brasileira ainda não é adequada, por uma não administração, recursos ineficientes ou ausentes, mas que são necessários para a manutenção do SUS e dos serviços oferecidos (CISCATI, 2016).

Não obstante, como é possível observar, a população tem resposta mais efetiva de assistência à saúde, por meio de sistemas de saúde universais, que são considerados os que melhor atendem às suas demandas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

Isto porque, por ser um dos direitos sociais, a compreensão acerca da saúde, não está diretamente ligada ao país e quem o rege, ou seja, o direito é de cada indivíduo, em qualquer lugar e circunstância, sendo de competência do país e suas respectivas administrações contribuírem para que todos os direitos sejam garantidos. Dentre estas questões, é importante mencionar o conceito de “Saúde Global”, o qual tem como objetivo a melhoria da saúde das populações, análise dos determinantes sociais da saúde e a luta pela equidade em saúde, a nível mundial (LOUREIRO, 2020).

Conforme Buss e Ferreira (2012), o referido conceito de “Saúde Global” vem estruturando as cooperações entre os países, como no caso Sul-Sul⁸ que começou a surgir na década de 1950, no ápice da Guerra Fria, sendo possível identificar como seu primeiro marco político, a Conferência Ásia-África realizada em abril de 1955, em Bandung (Indonésia), na qual estavam representados vinte e nove países e trinta movimentos de Libertação Nacional. Além disso, segundo os autores:

Com o Movimento dos Não Alinhados, instituído em 1961 na Conferência de Belgrado e, mais tarde, com a constituição do Grupo dos 77 em 1964, por ocasião da criação da Unctad — organização que hoje já reúne cerca de 130 países que atuam de forma concertada nos

⁸ Conforme Buss e Ferreira (2012, p.262): “A regulação da cooperação brasileira é tarefa urgente, para que o país possa, com mais competência, cumprir o destino que lhe cabe como nação emergente na cooperação Sul-Sul e na diplomacia da saúde.”.

fóruns internacionais —, foram se estabelecendo os marcos essenciais para a construção de consensos políticos entre países em desenvolvimento (BUSS e FERREIRA, 2012, p.249).

Observa-se que, as condições de saúde dos refugiados são, via de regra, as mais fragilizadas, sendo que o desconhecimento ou não domínio da língua do país destino, pode piorar e desfavorecer o acesso à saúde, assim como também é necessário que encontrem profissionais capacitados, atendimento adequado e acolhimento que permita garantir a sua assistência à saúde. Assim, de acordo com Buss e Ferreira (2012) é importante destacar que:

As doenças crônicas não transmissíveis predominam nos países da América do Sul, mas ainda persistem doenças transmissíveis, como a malária na Região Amazônica, a dengue e a tuberculose, que ainda representam problemas importantes, e bolsões de doença de Chagas e leishmaniose. As doenças controláveis por imunização têm recebido grande atenção do Ministério da Saúde e apresentam taxas aceitáveis. Os sistemas de saúde ainda são precários, com estrutura e recursos humanos e tecnológicos inadequados para enfrentar a dupla carga de enfermidade existente e seus fatores de risco (BUSS e FERREIRA, 2012, p.260).

Por sua vez, Martin et al. (2018), defendem que os cuidados em saúde constituem a “porta de entrada” para os imigrantes nos serviços públicos, o que poderia ser estendido aos refugiados. Estes autores argumentam ainda que em algum momento deverá haver uma procura por alívio aos sofrimentos, em serviços marcados por desafios nos processos de inclusão. Deste modo,

[...] não basta ter o cartão SUS e direito de acesso estabelecido para o atendimento como qualquer outro cidadão. Há especificidades próprias a esses grupos que provavelmente são desconhecidas dos profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção, como também há desconhecimento dos imigrantes sobre a forma como esse cuidado é realizado. Os processos de saúde, doença, atenção e prevenção entre os diferentes grupos de imigrantes podem conter similaridades e distanciamentos com os modelos de atenção dos profissionais de saúde. As diferenças internas entre os imigrantes e refugiados de uma mesma nacionalidade acabam suprimidas pelo fato de ser de um ou outro local distante do Brasil. As diferenças dessas pessoas,

explicitadas pela língua, pelo sotaque, pelas vestimentas ou por determinados costumes e comportamentos, entre outros, muitas vezes pouco dizem sobre suas cosmovisões. Por outro lado, os profissionais de saúde também possuem poucos elementos para lidar com esse fenômeno complexo (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018, p.34).

Corroborando o postulado anterior, Santana (2018), em uma publicação a respeito do conceito de “Humildade Cultural”, o qual seria estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil, afirma que:

O Sistema Único de Saúde (SUS) atende a imigrantes, refugiados e solicitantes de refúgio. O planejamento das ações deveria levar em conta a influência da cultura na expressão dos sintomas, na experiência da doença, na evolução e progressão dos quadros clínicos. Aplicar os mesmos protocolos, diagnósticos e tratamentos para uma população culturalmente diferente implica não reconhecer a validade cultural das ações de saúde. A diagnose requer alto nível de compreensão cultural. O profissional vai se comunicar dentro do modelo saúde/doença aprendido por ele. O refugiado nem sempre compartilha esse modelo. Quanto maior a diferença cultural entre o profissional e o usuário do serviço, maiores as chances de erros de comunicação, o que dificulta mais ainda a avaliação diagnóstica. Frente à diversidade cultural dos refugiados, na prática os profissionais se queixam de desinformação e despreparo para o atendimento. Apesar de o Ministério da Saúde compor o Comitê Nacional para Refugiados (CONARE), ainda não contamos com uma política nacional que oriente serviços de saúde quanto aos riscos de replicar modelos etnocêntricos nos processos de formação da equipe e atendimento aos usuários. Tampouco temos registro dos atendimentos prestados pelo SUS aos refugiados (SANTANA, 2018, p.1).

Com efeito, em entrevista concedida ao sítio da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), Maria Beatriz Nogueira, chefe do escritório do ACNUR, defende que campanhas anti-xenofobia são de grande importância, para que a população brasileira seja conscientizada sobre a questão do refúgio e migração. Ela defende ainda, o acesso a oportunidades de educação e emprego como fundamental para que crianças e jovens refugiados

possam ser pessoas e profissionais bem-sucedidos, bem como integrados à sociedade brasileira (SBMT, 2018).

Como afirmado anteriormente, uma questão importante em relação aos desafios do SUS para os refugiados no Brasil, tem a ver com o medo daqueles acessarem os serviços públicos de saúde por conta de práticas xenofóbicas em contexto pandêmico, tal como foi destacado na pesquisa realizada por Patrícia Nabuco Martuscelli e, publicada no artigo – “Como refugiados são afetados pelas respostas brasileiras a COVID-19?”. Neste sentido, a autora afirma que:

[...] Mais de um refugiado afirmou que eles enfrentaram xenofobia nos serviços de saúde mesmo antes da chegada da COVID-19. No contexto da pandemia do novo coronavírus, eles tinham medo que os profissionais de saúde não dessem a eles tratamento se tivessem que escolher entre tratar um brasileiro e um refugiado [...] (MARTUSCELLI, 2020, p.1453).

Contudo, a mesma autora lembra que o problema do acesso aos serviços públicos em contexto pandêmico, também guarda relação com o (re)posicionamento político-ideológico do governo brasileiro, no que diz respeito aos refugiados, principalmente venezuelanos. Para Martuscelli (op. cit.),

Refugiados são um grupo deixado para trás quanto às respostas governamentais à pandemia da COVID-19. Se por um lado a lei brasileira garante a eles o acesso a diferentes direitos, por outro o real acesso a esses direitos no contexto da pandemia foi prejudicado pelas respostas federais à crise. Não-discriminação é um princípio da Constituição Federal Brasileira (1988). Contudo, o governo brasileiro proibiu venezuelanos de entrarem no Brasil, excluindo-os das cláusulas de exceção humanitárias e familiares presentes na Portaria que proibiu a entrada de não-nacionais no país. Além disso, refugiados temem sofrer discriminação se precisarem acessar os serviços de saúde no Brasil. Refugiados são mais vulneráveis que as minorias brasileiras porque eles possuem a marca da mobilidade (MARTUSCELLI, op. cit., p.1454).

Conforme o sítio da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), o Brasil nos últimos anos vem se consolidando como destino de imigrantes que buscam sobrevivência longe de seu país. Como razão para tal fenômeno, aponta que:

Talvez um dos fatores importantes para o aumento do pedido de refúgio esteja ligado a peculiaridades da legislação migratória brasileira, que tem o pedido de refúgio como o modo mais seguro para que migrantes de algumas partes do mundo entrem de maneira regular no País – que se destaca por ter uma legislação sobre refúgio considerada avançada (Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997) A lei reconhece como refugiadas pessoas que fogem de perseguição por razões de raça, religião, nacionalidade, opinião política e pertencimento a grupo social, assim como aquelas que buscam segurança diante de situações de grave e generalizada violação de direitos humanos (SBMT, 2018, [s/d]).

Com relação ao aumento de pedido de refúgio citado anteriormente, Salles e Gonçalves (2016) entendem que no contexto internacional enfrentado ao longo do Governo Dilma Rouseff (2011-2016), essa questão do refúgio foi bastante delicada também, porque:

Além da crise de refugiados em âmbito internacional, a presidente teve que lidar com o expressivo crescimento do número de refugiados no país no âmbito doméstico. O número de pessoas deslocadas por motivos de perseguição em diversas regiões do mundo cresceu de 42,5 milhões, em 2011, para 60 milhões de pessoas, em 2016. Neste período, cresceram as solicitações de refúgio no país. Enquanto em 2011 o Brasil recebeu 3.220 solicitações de refúgio, em 2015 foram 28.670 solicitações. O número de refugiados reconhecidos dobrou de 4.035 para 8.863 (CONARE, 2016). A maior parte dos refugiados reconhecidos no país é de origem síria, nacionalidade que teve sua entrada facilitada com a simplificação da concessão de vistos, diante da grave crise enfrentada (SALLES e GONÇALVES, 2016, p.127).

E mais recentemente, de acordo com Maia e Azize (2020), no Brasil, os estados da federação que mais recebem solicitantes e refugiados são os seguintes: Roraima, 47%; e, São Paulo, 28%, respectivamente. Para esses autores, os fluxos internacionais que têm como destino o Brasil, seriam resultantes do fenômeno conhecido como globalização, no contexto contemporâneo do capitalismo tardio. Assim,

De forma diferente dos deslocamentos transatlânticos ocorridos durante os séculos XIX e o início do XX relacionados a políticas de povoamento e de facilitação

de determinados fluxos que atendiam a demandas específicas dos mercados dos países de destino, as imigrações internacionais da atualidade são resultado, em grande medida, de deslocamentos de pessoas e grupos expulsos de seus países por fatores ambientais, conflitos armados locais e outras consequências da hegemonia neoliberal (MAIA e AZIZE, 2020, p.1790).

De acordo com os dados da 5ª edição⁹ da publicação “Refugiados em Números”, no período de 2011 a 2019, 239.706 mil imigrantes solicitaram refúgio, sendo que no referido período foram reconhecidas 89,8% do total de pessoas refugiadas no Brasil. Ainda conforme esse documento, o CONARE analisou 33.353 solicitações de refúgio, o que foi considerado o maior volume na década, tendo reconhecido 21.515 pessoas (64,3%) como refugiadas, no ano de 2019.

Desse total, os homens correspondiam a 51,6% de pessoas reconhecidas como refugiadas, enquanto as mulheres representavam 48,4%. Além disso, tanto os homens como as mulheres que foram reconhecidos como refugiados encontravam-se, predominantemente, na faixa de 25 a 39 anos de idade. E, a nacionalidade com maior número de pessoas refugiadas reconhecidas, entre 2011 e 2019, é a venezuelana (20.935), seguida dos sírios (3.768) e congolese (1.209).

Com efeito, em 2019, o CONARE apreciou um total de 28.133 processos de solicitação de refúgio de pessoas de nacionalidade venezuelana e, destes 20.902 foram deferidos. Portanto, é possível constatar que a nacionalidade venezuelana é central para a compreensão da geografia do refúgio no Brasil.

Outro dado importante a respeito é de que no ano de 2019, 66,8% dos solicitantes de refúgio venezuelanos, cujos processos foram apreciados pelo CONARE, fizeram a solicitação, principalmente em Roraima (56,72%) e Amazonas (23,38%).

Constata-se também, uma correlação entre o aumento de processos de solicitação de refúgio no Brasil, por parte dos venezuelanos, em relação à questão dos Direitos Humanos. Conforme o referido Sumário Executivo:

Os nacionais da Venezuela foram responsáveis pelo aumento significativo de solicitações da condição de refugiados no Brasil, consequência da decisão do Conare de 14 de junho de 2019 de reconhecer a situação de “grave e generalizada violação de direitos humanos”

⁹ Dados e informações extraídos do Sumário Executivo referente à 5ª edição do “Refúgio em Números”, publicado em 2020, pelo Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra).

na Venezuela. Esta fundamentação foi aplicada a 88,0% do total de processos deferidos pelo Conare no período 2011 a 2019. Os refugiados venezuelanos correspondiam a 85,4% das pessoas reconhecidas como refugiadas com base nesta fundamentação (SILVA et al., 2020, p.3).

Portanto, a onda migratória que mais chama atenção no Brasil é a de venezuelanos, fazendo com que o CONARE tenha considerado a Venezuela um território com grave e generalizada violação de Direitos Humanos e perseguições políticas, resultando em 4,5 milhões de venezuelanos deslocados, o que levou à aceleração de solicitações de refúgio no ano de 2019.

Tal contexto sociopolítico abre a discussão relativa à questão dos refugiados venezuelanos e, mais especificamente, do acesso e atendimento à saúde em território brasileiro, o que será tratado mais especificamente no Capítulo 3.

CAPÍTULO 3 – REFUGIADOS VENEZUELANOS: ACESSO E ATENDIMENTO À SAÚDE EM TERRITÓRIO BRASILEIRO

Como visto nos Capítulos 1 e 2, o Brasil tem certo destaque na questão do acolhimento, recebendo refugiados de várias partes do mundo. Entende-se, portanto, que o País precisa melhorar as políticas e serviços de assistência social e saúde para os refugiados, os quais sofrem das mais variadas questões físicas, sociais e mentais, necessitando encontrar de fato, uma nova chance para recomeçar. Como tratado no Capítulo anterior, a adaptação em um contexto sociocultural diferente, leva um determinado tempo de difícil mensuração, pois envolve condições individuais e/ou familiares, bem como as do próprio país destino.

Com relação à Venezuela é importante destacar que a sua economia está baseada na exploração e exportação de petróleo, o que num primeiro momento gerou grande crescimento econômico, propiciando um grande fluxo de importações, financiamento de serviços e políticas sociais com alto custo financeiro para o Estado, mas a nacionalização de empresas, diminuiu bastante, o interesse do capital estrangeiro no país.

Contudo, no ano de 2013, o preço internacional dos barris de petróleo despencou, afetando fortemente a economia venezuelana, que além de não ser mais a principal produtora desse recurso, acabou perdendo espaço comercial para os Estados Unidos, que por sua vez, estavam investindo no gás de xisto¹⁰, para obtenção de gás natural, mas que se mostrou posteriormente inviável pelas duras críticas mundiais ao seu processo de extração, altamente poluente.

Por conta deste contexto, a economia venezuelana começou a sofrer uma majoração progressiva do valor das mercadorias, gerando conseqüentemente o desabastecimento geral de seu mercado interno.

Além disso, também foi verificada a ocorrência de forte inflação devido à colocação de mais moeda em circulação. Com efeito, foram multiplicados, os problemas político-econômicos,

¹⁰ Também conhecido como gás não-convencional, o gás de xisto é um gás natural encontrado em rochas sedimentares porosas de mesmo nome. Apesar de sua extração ser de baixíssimo custo financeiro, gera muitos riscos e danos ao meio ambiente, destacando-se a poluição da água utilizada em enormes quantidades na técnica de exploração conhecida como “faturação hidráulica” (*hydraulic fracturing* ou *fracking*).

o que começou ainda no mandato de Hugo Chávez¹¹, por conta das forças de oposição ao seu governo.

Em concordância com o postulado anterior, Pinto e Obregon (2018) explicam desta forma a crise na Venezuela:

[...] a crise na Venezuela começa a se mostrar ainda no governo de Hugo Chávez, no início de 2013, em que se torna evidente o ganho de força da oposição, assim como o enfraquecimento do modelo econômico adotado. Como se tem consciência, a economia da Venezuela girou em torno de 100%, durante 16 anos – ao longo do governo Hugo Chávez –, em torno da exportação do petróleo. Os maiores poços encontram-se em referido país e sua exploração era relativamente barata, todavia, em 2014, o preço do barril de petróleo venezuelano sofreu uma brusca queda de preço. Como isso aconteceu? Inicialmente, observa-se que os Estados Unidos tornam-se o maior produtor de petróleo do mundo, ao passo que a Arábia Saudita, nada satisfeita com referida situação, dá início a um desenfreado processo de exploração de petróleo em seu território. O que desvalorizou petróleo extraído no país venezuelano. Nesse sentido, sendo a economia venezuelana praticamente toda baseada na exportação do petróleo, o país ficou prejudicado. Para piorar a situação o país entrou em recessão em meados de 2014, com uma economia totalmente abalada (PINTO e OBREGON, 2018, p.4).

Cumprir informar, que Hugo Chávez foi considerado um presidente populista pela mídia corporativa nacional e internacional, bem como por seus opositores internos e externos. Entende-se, que o populismo é um sistema usado como mecanismo para a integração de massas, a partir de um vínculo emocional com seu líder, no qual as políticas sociais devem estar alinhadas com o interesse do povo, sendo que tais características de governar também levaram à instabilidade político-econômica da Venezuela. Já Bobbio et al. definem populismo da seguinte forma:

[...] o Populismo não é uma doutrina precisa, mas uma “síndrome”. O Populismo não conta efetivamente com

¹¹ Hugo Chávez foi militar e presidente da Venezuela durante quatorze anos, de 1999 a 2013 (Era Chávez). Ficou mais conhecido politicamente, quando estava à frente do Movimento Bolivariano Revolucionário 200 (MBR 200), liderando uma tentativa de golpe militar contra o governo de Carlos Pérez, em 1992. Quando assumiu a presidência da Venezuela deu origem ao que chamou de bolivarianismo, tendo falecido em decorrência de um câncer, em 5 de abril de 2013.

uma elaboração teórica orgânica e sistemática. Muitas vezes ele está mais latente do que teoricamente explícito. Como denominação se amolda facilmente, de resto, a doutrinas e a fórmulas diversamente articuladas e aparentemente divergentes, mas unidas no mesmo núcleo essencial, da referência recorrente ao tema central, da oposição encarniçada a doutrinas e fórmulas de diversa derivação (BOBBIO et al.,1998, p.2062).

Por sua vez, Nicolás Maduro não conseguiu o apoio popular desejado quando se tornou presidente após a morte de Hugo Chávez, o que tornou o cenário sociopolítico mais complexo. Maduro também é militar e membro do MBR 200, tendo assumido interinamente a presidência em 2012, mas concorreu a um novo processo eleitoral, do qual saiu vitorioso no ano seguinte, governando a Venezuela até o presente momento com forte oposição interna e externa, inclusive, no tocante ao Brasil.

Há quem defenda que o Brasil possui plenas condições para ser uma “pátria acolhedora”, pois teria uma fronteira aberta aos países vizinhos, o que representaria para os venezuelanos uma oportunidade de fugirem da crise econômica, política e social que o seu país está vivendo desde 2013. No entanto, para prover refúgio é necessário garantir efetivamente as condições para que os refugiados não fiquem expostos a circunstâncias que reforcem ainda mais, a falta de tratamento humanitário, o que representa um problema a mais quando já estão no Brasil, pois existem barreiras para a concretização do refúgio em território nacional.

Cabe destacar, que os venezuelanos estão concentrados em maior parte, na região norte do Brasil, principalmente nos municípios de Pacaraima e Boa Vista, no estado de Roraima e, pelo nível migratório alto e massivo, acabam sobrevivendo em abrigos superlotados ou nas ruas. Em uma crônica para o jornal da Agência Pública no ano de 2018, o cientista social Fábio Zucker trata da relação de amor e ódio entre venezuelanos e brasileiros em Roraima, postulando que a realidade observada vai para além da xenofobia por parte dos brasileiros. Zucker (2018) descreve o referido contexto desta forma:

Com cerca de 576 mil habitantes, de acordo com o Censo de 2010, Roraima é o menor estado brasileiro do ponto de vista populacional. É também o único isolado da rede de energia nacional, dependendo da vizinha Venezuela para o abastecimento elétrico. Os apagões são frequentes em Boa Vista, capital do estado, com cerca de 300 mil habitantes, por causa das interrupções

decorrentes das quedas de transmissão da Venezuela. Quando tais apagões acontecem – eu mesmo presenciei dois –, são as termelétricas do estado, muito mais custosas, que começam a operar para suprir a energia. Para que o estado possa ser integrado à rede elétrica nacional, os projetos elaborados pelo governo federal incluem uma ligação via estado do Amazonas, cruzando o território dos indígenas Waimiri-Atroari, localizado na divisa entre os dois estados, com um linhão elétrico para conectar Roraima com Tucuruí. Os indígenas se opõem veementemente, uma vez que trazem na memória os duros anos do desenvolvimentismo promovido pela ditadura (1964-1985), que quase levou ao extermínio do seu povo (ZUCKER, 2018, [s/p]).

Outra questão importante é a relativa a doenças até então erradicadas no Brasil, mas ainda existentes na Venezuela como o sarampo que voltaram a aparecer em Roraima e Amazonas (STEVANIM, 2018). Com relação ao aumento de casos de sarampo, Macedo et al. (2018) afirmam que:

[...] no mês de abril do ano de 2018, onze países das Américas notificaram 385 casos confirmados de sarampo, dentre eles, o Brasil com 46 casos, de acordo com a OPAS (G1, 2018). Esse ressurgimento da doença, se dá devido ao frequente fluxo migratório de populações não imunizadas. Entretanto, a Secretaria Estadual de Saúde do estado de Roraima, declarou (OPAS, on-line) um dia após lançamento da nota da OPAS, que Roraima passou de surto para epidemia de sarampo. A diferença entre os termos é devido a confirmação de casos em outro estado, o Amazonas (4 casos). Em RR foram confirmados 79 casos, além de duas mortes de crianças venezuelanas na capital, até a data da coleta de dados da presente pesquisa. Dentre os casos, 55 são de cidadãos venezuelanos e 24 de brasileiros. Como ação de saúde pública, o Ministério da Saúde em parceria com governos estaduais e municipais e a OPAS/OMS, providenciaram vacinação da população, inclusive dos venezuelanos. A campanha está ocorrendo (março a abril) em praças públicas, postos de saúde, além de um posto de vacinação na fronteira entre estado de Roraima e Venezuela (BRASIL, 2018e). As medidas protetivas e de combate ao sarampo frente a epidemia, se estabelecem na expectativa de que ocorra a vacinação de pelo menos 95% da população nacional e imigrante. O Ministério

da Saúde somado ao Estado de Roraima disponibilizou cerca de 100 mil doses de vacina tríplice viral, que são medidas profiláticas contra sarampo, rubéola e caxumba. A campanha de vacinação nos municípios dos estados de Roraima e Amazonas, compreende imunizar a população com faixa etária de seis meses a 49 anos (MACEDO et al., 2018, p.78).

Observa-se, portanto, que o sistema de saúde local vem sofrendo muito com a demanda de atendimentos que cresce diariamente, pois possui apenas dois postos de saúde e um hospital estadual para dar conta efetivamente dos habitantes nativos e centenas de novos refugiados. Além disso, a alta concentração de venezuelanos causa desorganização e a não garantia, por parte do Estado brasileiro, dos principais direitos sociais como educação, saúde, segurança e emprego resulta em uma série de preconceitos e práticas discriminatórias em relação aos refugiados, pois são vistos pelos brasileiros da região como “criminosos”, “sujos”, “invasores” e “diferentes”.

Em pesquisa desenvolvida nos anos de 2017 e 2018, com vistas a subsidiar a elaboração de sua dissertação de mestrado, Valença (2019) procurou descrever ações políticas no campo da gestão em saúde, no que diz respeito ao acesso de estrangeiros aos serviços do SUS, na fronteira Brasil-Venezuela. Foram analisadas centralmente, as ações dos gestores do SUS em relação à saúde na fronteira do extremo Norte do Brasil, com base em informações específicas de Pacaraima e Boa Vista, a partir de eventos chamados de “críticos” ao incremento migratório. Sendo assim, Valença (op. cit.), afirma que:

Deste modo, foi observado que o aumento dos atendimentos em saúde acompanhou o crescimento da imigração venezuelana, no entanto, sem o aumento proporcional dos recursos financeiros. Ademais, o trabalho destacou as respostas dos gestores aos problemas percebidos pela migração e as atividades de formação dos gestores em Roraima a partir dos relatórios da Rede Colaborativa do COSEMS/RR. A gestão da saúde em Roraima não está preparada para atuar de maneira adequada por uma série de motivos, mas o principal é o político. O envolvimento político em questões que deveriam ser de políticas públicas. Isto foi percebido pela intensa rotatividade de gestores da pasta de saúde e a necessidade de alinhamentos políticos para aquisição de recursos federais. Diante do aumento de demanda o caminho é buscar recursos que possam suprir as necessidades básicas para oferta

adequada da saúde à população. No caso pesquisado, a busca dos governos estadual e municipais é por emendas parlamentares que possibilitem a alocação de recursos que estão fora daqueles “carimbados” e repassados pelo Governo Federal. Para tanto, os lobbys são feitos junto aos deputados federais e senadores o que, em muitos casos, pode acarretar em dívidas políticas. O acesso dos estrangeiros ao SUS, especialmente os venezuelanos, na fronteira Brasil/Venezuela, tratou-se somente de um estopim para uma situação que ainda se encontra fora de controle, em relação aos investimentos na área de saúde e principalmente de gestões que fizeram a saúde se tornar um caos em diversos momentos (VALENÇA, 2019, p.73).

Ainda segundo Valença (op. cit.) é possível afirmar que o SIS-Fronteiras¹² não está sendo utilizado. Neste sentido, os municípios fronteiriços teriam descontinuado a alimentação dos dados. Contudo, este autor argumenta que poderia ser um potente instrumento de leitura da realidade da faixa de fronteira, no sentido de impossibilitar prejuízos na tomada de decisões dos gestores, bem como na arrecadação de recursos para a saúde. Além disso, o seu estudo identificou os seguintes problemas da gestão em saúde no estado de Roraima:

[...] o grande rodízio na gestão da saúde dos municípios; a falta de aproveitamento das capacitações oferecidas pelo SUS ou pela SESA; as indicações políticas para cargos que deveriam ser ocupados por pessoas que entendem da área técnica; o perfil inadequado da maioria dos gestores; o uso incorreto dos instrumentos de gestão; a preocupação exagerada com os recursos e não com as ações e a qualidade delas; a falta de aprimoramento das ações de prevenção à saúde; o déficit na rede de frios e imunização e a baixa efetividade dos instrumentos de gestão e das instâncias deliberativas (VALENÇA, 2019, p.74).

Com efeito, Valença (op. cit.) recomenda uma atualização do cadastro dos usuários no cartão SUS para que haja uma melhoria da análise dos dados epidemiológicos do estado, por conta da necessidade de caracterização da população nativa e migrante, com vistas a subsidiar o

¹² Cf. Valença (2019, p30), “o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras) é um projeto de responsabilidade da Secretária Executiva do Ministério da Saúde (MS). Foi criado oficialmente em 2005, com o propósito de formalizar e integrar os sistemas de saúde das localidades de fronteiras, a partir das dificuldades historicamente experimentadas por gestores, trabalhadores e usuários dos sistemas de saúde nestas localidades.”

planejamento, a tomada de decisão e a realização de ações para uma nova configuração da população roraimense.

Pinto e Obregon (2018) afirmam que no início da crise venezuelana houve um aumento considerável da saída de refugiados que se intensificou quando a violência e o “caos social” provocados pelos apagões e precariedade nos sistemas públicos essenciais na Venezuela acabaram sendo acentuados. Os autores afirmam ainda que:

[...] observa-se que além da crescente de refugiados, muitas cidades brasileiras ainda tem de lidar com os “imigrantes temporários”. Outrossim, resta claro que em muitos locais, como no caso de Boa Vista e Pacaraima, as cidades não têm estrutura suficiente para abrigar todos os refugiados que chegam em Roraima. [...] Nesse sentido, observa-se que o abarrotamento acontece não apenas no que diz respeito ao sistema de saúde de Roraima, mas o reflexo interno mais marcante, que vem acentuando-se, é a quantidade de solicitações de refúgio pela qual o Brasil vem enfrentando. O estopim teve início em 2015 e até hoje em 2017, vem aumentando de forma gradativa e com previsão de crescente nos gráficos (PINTO e OBREGON, 2018, p.18).

Curiosamente, este fluxo migratório na década de 1980 era invertido, ou seja, eram os brasileiros de Boa Vista que iam até à Venezuela para adquirirem bens, abastecer o carro e, eventualmente, os seus estabelecimentos comerciais. Contudo, como postula Rodrigues (2006):

O fluxo migratório em Pacaraima intensificou-se em virtude da perspectiva da criação de uma Área de Livre-Comércio e da criação do município em 1997 e com as frequentes oscilações econômicas enfrentadas pelos países limítrofes Brasil-Venezuela, o que possibilita a ascensão econômica de um, quando o outro baixa. [...] Hoje os venezuelanos também transitam freneticamente nessa fronteira com vistas à aquisição de bens e utilização de serviços, como o de saúde e educação. Dessa forma, vários comerciantes, em maioria cearense, abriram filiais de suas matrizes de Boa Vista e Pacaraima, onde conseguiram retomar o aquecimento da economia do estado. Portanto, esse crescimento econômico influenciou o processo migratório para Pacaraima e depois para Santa Elena do Uiraén (RODRIGUES, 2006, p.1).

De acordo com Gama e Costa (2018), em 2009 foi aprovada a Lei nº 5.665, que entre outros aspectos previa alterações sensíveis à questão migratória, especificamente em seu artigo 4º que prevê aos migrantes, as prerrogativas de admissão de mão-de-obra especializada, adequada aos diversos setores da economia nacional, assim como ao desenvolvimento econômico, social, cultural, científico e tecnológico brasileiro, da captação de recursos e geração de emprego e renda, contemplando a proteção ao trabalhador nacional entre outros dispositivos. Os autores afirmam também que:

[...] em 2009, também é aprovado o decreto 6.975 que tratava sobre a residência de pessoas que fizessem parte dos países que compunham o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL) como Brasil, Argentina, Bolívia, Paraguai, Uruguai, Equador, Colômbia, Venezuela e Peru, o acordo ensejava a livre circulação de cidadãos portando documento de identificação oficial nesses países (GAMA e COSTA, 2018, p.160-161).

Cabe destacar, que Gama e Costa (op. cit.) estão realizando pesquisas a respeito da migração venezuelana, tendo identificado ao menos dois perfis distintos numa proporção desigual, pois seriam em sua maioria das etnias indígenas Warao, Eñepa e Pemón; e, os demais não-indígenas. Não obstante, em relatório de pesquisa publicado pela Organização Internacional para as Migrações (OIM)¹³, em abril de 2020 – “Soluções duradouras para indígenas migrantes e refugiados no contexto do fluxo venezuelano no Brasil”, Moreira e Tortely (2020), adotaram o conceito de “solução duradoura culturalmente adequada”. Os referidos autores explicam que tradicionalmente, existem três tipologias principais de “solução duradoura”, quais sejam: integração local; retorno voluntário e seguro; e, reassentamento em um terceiro território. No que diz respeito à migração de povos indígenas da Venezuela para o Brasil, tais soluções seriam obstaculizadas pela fluidez, instabilidade e, mobilidade, a qual é declarada como de maior interesse analítico. E, de acordo com Moreira e Tortely (op. cit.):

[...] Todos [Warao, Eñepa e Pemón] são falantes de sua língua materna, há variações quanto ao domínio ou não do espanhol como segunda língua e diferenças de

¹³ Cf. Moreira e Tortely (2020), a OIM é uma agência das Nações Unidas e o principal organismo intergovernamental no campo da migração, buscando trabalhar de forma colaborativa com parceiros governamentais, intergovernamentais e não-governamentais. A OIM conta com 173 Estados-membros, 8 Estados observadores, procurando fornecer consultoria para governos e migrantes. Vale ressaltar, que o Brasil é seu Estado-membro desde 2004, estando a OIM presente nas cidades de Belém, Brasília, Boa Vista, Curitiba, Florianópolis, Manaus, Pacaraima, Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo.

gênero quanto ao domínio do espanhol. Esses povos possuem em comum históricos de grandes projetos de infraestrutura em seus territórios tradicionais que, direta ou indiretamente, modificaram seus modos de vida, impactando a área de saúde e o acesso a recursos naturais, ou ainda gerando conflitos armados, como ocorreu com os Pemón (MOREIRA e TORTELY, op. cit., p.27-28).

Continuando com as informações da publicação da OIM (2020) é possível afirmar, que entre fevereiro e março de 2018, o Ministério Público Federal (MPF) conseguiu localizar em Manaus, três casas que abrigavam cento e trinta e seis indígenas Warao, o que confirmaria o deslocamento de famílias até Belém e Santarém, no estado do Pará. Em abril de 2020, o fluxo migratório já era composto pelo circuito Pacaraima - Boa Vista - Manaus, tendo sido acrescido como demonstrado anteriormente, de Santarém e Belém.

Tradicionalmente, os Warao ocupam os canais do Delta do Orinoco, na Venezuela, estando adaptados à vida em harmonia com o rio, vivendo em palafitas, construídas em ilhas sedimentares alagáveis; e, da pesca, caça e coleta. Em razão da crise venezuelana, Martin et al. (2018), postulam em relação aos Warao, que:

[...] ganhou destaque o deslocamento de algumas centenas de membros da etnia indígena Warao, que ocuparam espaços públicos (edificações abandonadas, ruas e baixos de viadutos) nas cidades de Boa Vista/RR e Manaus/AM, mobilizando organizações públicas (MARTIN et al., 2018, p.28-29).

Quanto aos Eñepa é importante destacar, que no Brasil, tanto os que estão no abrigo, quanto na ocupação urbana de Boa Vista possuem a mesma origem venezuelana. Com efeito, nasceram em Pero Dágua, onde viviam 269 pessoas no ano de 2005, ou contam com parentes, tendo se deslocado para Caicara, território às margens do Rio Orinoco, o qual é cruzado por estradas que ligam a região aos outros centros urbanos, tais como Porto Ayacucho e El Tigre.

Vale ressaltar, que a maior modificação na localidade foram as estradas, com vistas à exploração madeireira, resultando em um grande impacto na saúde dos Eñepa. Na literatura antropológica, são conhecidos pela sua cestaria com desenhos geométricos, exposta em diversos museus etnográficos. Além disso, em 2017, eram em torno de 20 pessoas em Boa Vista, mas em

setembro de 2019, um grupo seguiu para Santarém; e, no ano de 2020, chegaram a ser cerca de 60 pessoas, somando as populações do abrigo e da ocupação (MOREIRA e TORTELY, 2020).

Já os Pemón (Arekuna, Kamarakoto e Taurepang), conforme o censo venezuelano de 2011, são cerca de 3.000 pessoas, ou seja, o quarto maior grupo, dentre os demais povos indígenas da Venezuela, pertencendo aos povos de língua Karib.

Vale destacar, que no ano de sua chegada mais expressiva ao Brasil, em 2019, estava ocorrendo a polarização política acerca do aceite ou não da ajuda humanitária para a Venezuela, mais precisamente, nos meses de fevereiro e março. A maioria dos 800 indígenas da etnia Pemón que chegaram ao Brasil, estão localizados na Terra Indígena São Marcos (TISM), principalmente, em quatro aldeias, a saber: Bananal; Sorocaima; Sakaomota; e, Tarauparu (MOREIRA e TORTELY, op. cit.).

Para tratar da questão das condições de acesso e atendimento dos Warao, Eñepa e Pemón, migrantes ou refugiados no território brasileiro, um primeiro ponto é reflexo das dificuldades a respeito, ou seja, o SUS e o subsistema indígena¹⁴, não fazem parte das informações incorporadas em seu fluxo migratório. Segundo Moreira e Tortely (op. cit.), a diferença entre o atendimento básico do subsistema de saúde indígena e o acesso universal ao SUS, inclusive, o de especialistas, não está claro para os indígenas. Os autores relataram os principais achados, extraídos a partir das oficinas com etnias indígenas venezuelanas, Warao e Pemón:

Nas oficinas em Roraima, os Warao sinalizaram uma diminuição na medicação disponível nos abrigos, relatando que, em alguns casos, tiveram de comprar medicação por conta própria. Muitos apontaram saber que o acesso à saúde e à medicação é gratuito. Nas oficinas, destacaram a dificuldade de acesso a especialistas e, às vezes, a medicamentos na República Bolivariana da Venezuela, apontando a migração como uma estratégia de acesso à saúde. Nos abrigos em Roraima e Manaus, destacou-se a busca por oftalmologistas, odontologistas e tratamento para diabetes. Os indígenas propuseram que houvesse especialistas nos próprios abrigos. Após um período consolidado da mobilidade Warao no Brasil, embora emergências como desnutrição ainda estejam presentes,

¹⁴ Cf. Moreira e Tortely (2020), o subsistema de saúde indígena deveria contemplar o atendimento diferenciado aos povos indígenas, tanto do ponto de vista da língua, quanto do entendimento de itinerários terapêuticos diversificados, incluindo os seus próprios especialistas nas curas e tratamentos não biomédicos.

a procura por tratamentos especializados começou a aparecer de forma mais evidente. Estes dados indicam que não há clareza entre os indígenas migrantes sobre o acesso ao sistema público de saúde ou sobre o subsistema de saúde indígena. O esclarecimento dessas informações aos povos no fluxo migratório evitaria falsas expectativas e Onde nasceu e viveu? [...] promoveria maior diálogo com lideranças indígenas no Brasil, que por sua vez afirmam ter dificuldades em manter um subsistema de saúde de qualidade e denunciam a sobrecarga no SUS, onde são atendidas as demandas da população indígena ou não indígena de média ou alta complexidade. As informações qualificadas sobre o SUS e o subsistema de saúde indígena precisam ser incorporadas na gestão dos abrigos indígenas. Os Pemón recém-chegados carecem de informações sobre o funcionamento do atendimento, sobre os serviços prestados nas aldeias e sua composição com o SUS. Este é um ponto importante: não há soluções duradouras sem informações qualificadas. Um achado relevante desta pesquisa é que a equipe do DSEI Leste de Roraima confirma não haver dados sobre os atendimentos dos Pemón venezuelanos, mesmo os que se encontram em terras indígenas. O DSEI Leste também afirmou que o atendimento básico na Terra Indígena é feito, embora ainda não haja um instrumento para quantificá-lo, e confirmou que o atendimento no abrigo de Pintolândia é realizado uma vez por semana. Embora tenham tido parentes socorridos nos hospitais em Boa Vista, os Pemón lamentam receber a informação de que será necessário um novo censo para o atendimento nos postos nas aldeias. Essas informações contrastam com aquelas fornecidas pelo DSEI Leste, que informa fazer o atendimento, apesar de não ter ainda dados diferenciados sobre atendimentos aos Pemón nas aldeias da TISM (MOREIRA e TORELLY, 2020 p.45-46).

Não obstante, os não-indígenas têm formação laboral diversificada, sendo que muitos não conseguiram obter condições mínimas de sobrevivência em seu país devido à crise venezuelana. Então, buscam refúgio na região norte do Brasil (área mais próxima da fronteira), procurando oportunidades de inserção no mercado formal de trabalho, mas almejam como ponto de final, as regiões Sul e Sudeste, sendo acolhidos temporariamente em casas de passagem. Com efeito, há um outro fluxo importante, estabelecido mais recentemente, em direção ao município de Dourados, no estado do Mato Grosso do Sul, conforme Silva (2020):

A interiorização dos imigrantes venezuelanos em Dourados, ocorreu, em sua maioria, na modalidade de oferta de emprego sinalizada e foi dividida em cinco etapas, realizadas no período entre 3 de fevereiro de 2019 e 5 de julho de 2019, e contou com o apoio de entidades religiosas, da sociedade civil organizada e de doações da população douradense. Porém, ressalta-se a inexistência de um “acordo formal de cooperação” firmado entre o governo do estado de Mato Grosso do Sul e a União e entre esta e o município de Dourados para a recepção dos imigrantes a serem interiorizados e, a consequente, carência do repasse de verbas destinado à assistência social, à saúde e à educação dessas duas esferas federativas (SILVA, 2020, p.152-153).

Contudo, a condição de estrangeiro e o desconhecimento da dinâmica urbana onde estão presentes, colocam estes dois perfis de refugiados em mais situações de risco, podendo ser assaltados, sofrer algum tipo de assédio e violência sexual. Tal circunstância contribui para o aumento do tempo de “estadia”, no lugar que antes era visto como de passagem (GAMA e COSTA, 2018). Este contexto dialoga com o pensamento de Arendt (2016), acerca da condição de refugiado, segundo Silva (2018):

As análises de Arendt sobre ela não foram apenas circunstanciais, do ponto de vista teórico, mas encararam a compreensão do fenômeno político marcado na modernidade que se inscreve na tensão entre o Estado-nação e os direitos do homem. De tal forma, o Estado-Nação, como centro nevrálgico desta questão, que levou Hanna Arendt a afirmar que “o verdadeiro obstáculo para resolver o problema dos refugiados e dos apátridas repousa no fato que ele é simplesmente insolúvel, enquanto os povos forem organizados dentro do velho sistema de Estados-nações” (ARENDRT apud SILVA, 2018, p.378-379).

Vale ressaltar, que acordo com Cruz (2020),

O Brasil está longe de ser um grande receptor mundial de refugiados. Com o aumento do fluxo de venezuelanos para o país, no entanto, o Ministério da Defesa mantém desde 2018 a Operação Acolhida, com o apoio do Acnur (Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados), de outras agências internacionais e de organizações não governamentais (CRUZ, 2020 [s/p]).

A fronteira Brasil-Venezuela se estende a 2.199 quilômetros, a partir do ponto triplo entre Brasil-Colômbia-Venezuela até o ponto triplo de Brasil-Guiana-Venezuela. A principal área de travessia acessível por estrada são as rodovias BR-174, em Boa Vista e Manaus que se liga à rodovia Venezuela Troncal 10 de Ciudad Guayana e Caracas, que estão entre as cidades de Pacaraima, no Brasil e Santa Elena, na Venezuela. A seguir, na Figura 1 é apresentado o mapa da fronteira do Brasil com a Venezuela.

FIGURA 1 – A FRONTEIRA DO BRASIL COM A VENEZUELA



Fonte: Poder360.com.br.

Segundo Silva e Sousa (2018), a migração venezuelana para o Brasil ocorreu em três fases. A primeira seria a de integrantes da classe alta, a segunda composta por parte da classe média, tais como profissionais liberais e comerciantes; e, a terceira, seriam pessoas em situação de vulnerabilidade (migração forçada). Dentre estas pessoas, estão indígenas e não-indígenas à procura de ajuda humanitária. Assim,

[...] a situação deve ser entendida como sendo derivada de um problema político advindo da Venezuela, o qual tem afetado o estado de Roraima, gerando uma mudança de paradigmas sociais e contribuindo com o aumento da pobreza na localidade. Para tanto, é preciso entender que essa movimentação de pessoas tem fins humanitários e que também ensejou a mudança de parâmetros sociais existentes, visto os que chegaram ao Brasil e estão à procura de uma vida melhor (SILVA e SOUSA, 2018, p.106).

Continuando esta reflexão com base nos autores supracitados é notório, que por mais que seja possível mensurar as políticas de proteção aos migrantes do governo brasileiro, a situação da pobreza e desemprego em Roraima, não pode ser dissociada do aumento crescente do fluxo migratório.

Pauli e Almeida (2019) postulam que apesar das garantias existentes, os venezuelanos que migraram para o Brasil na sua grande maioria sofreram violações dos seus direitos, principalmente, os indígenas Warao que, inclusive, tiveram que lidar com uma tentativa de deportação, em função de não possuírem documentação. Neste sentido,

[...] Ações como essas, ressaltam a importância de discutir a temática e dissipar o conhecimento de quem é o migrante, além disso, enraizar a ideia do que são direitos humanos e conscientizar a população brasileira de que direito à vida é algo inerente ao ser humano. O respeito, a conscientização das diferenças, sejam elas culturais, ideológicas, sexuais ou de qualquer natureza, atualmente parecem que estão sendo dissipadas por uma crescente disseminação de ideias preconceituosas, xenofóbicas e racistas (PAULI e ALMEIDA, 2019, p.135).

Observa-se então, uma quantidade crescente de pessoas na região em situação de vulnerabilidade, o que agrava a situação de pobreza e marginalização em Boa Vista e, em outros municípios próximos, aumentando por seu turno, as situações de risco. Deste modo, Silva e Sousa (op. cit.) afirmam que:

[...] não se discute mais acerca da vulnerabilidade desses migrantes venezuelanos, principalmente quando incluídos nesse contexto de desemprego. A situação está longe de ser corrigida, mesmo com tudo que o Brasil tem feito nas suas políticas migratórias. Deu-se destaque à Operação Acolhida do Exército brasileiro; ao programa de interiorização dos venezuelanos, redistribuindo-os para outras cidades brasileiras; assim como à ajuda de organismos internacionais, principalmente o ACNUR, a OIM e diversas organizações não-governamentais de ajuda humanitária. No entanto, a demanda ainda continua (SILVA e SOUSA, op. cit., p.117).

Por sua vez, Cruz (2020) aponta que de acordo com dados do governo brasileiro, mais de duzentos e sessenta e quatro mil venezuelanos conseguiram entrar e permanecer no Brasil, desde o início do período mais grave da crise migratória, no ano de 2015. Por divergências políticas, o governo Nicolás Maduro, no final de fevereiro de 2020, acabou decretando o fechamento das fronteiras da Venezuela com o Brasil. Não obstante, Sousa e Silveira (2018) defendem que:

O Governo brasileiro deve tratar a entrada de venezuelanos a partir da ótica humanitária prevista na nova Lei das Migrações e as autoridades públicas a níveis municipais, estaduais e federal devem agir com celeridade e eficiência no acolhimento destes indivíduos. A maneira improvisada como o Brasil recebeu o fluxo de migrantes haitianos em 2014 (antes da Lei das Migrações) foi um teste que está sendo renovado agora e que demonstrará a eficiência da nova legislação bem como do manejo dos responsáveis por sua aplicação (SOUSA e SILVEIRA, 2018, p.128).

Em contrapartida, por conta da grande extensão do limite territorial houve dificuldade de controle, tendo sido possível observar pessoas transitando nas áreas fronteiriças no período de fechamento em fevereiro de 2020. O controle aumentou em 17 de março do referido ano, quando o Brasil também decretou o fechamento da fronteira, argumentando que necessitava fazê-lo como estratégia de combate à Covid-19, o que nos dias posteriores, acabou se estendendo aos demais países limítrofes.

Cumprir informar, que segundo Cruz (2020), em dezembro de 2020 havia dez casos confirmados de Covid-19, mas nenhum envolvendo estrangeiros. A preocupação das autoridades governamentais é grande, em função dos dados do ACNUR apontarem que em Roraima residem mais seis mil migrantes em locais de acolhimento e que, três mil e quinhentos sobrevivem em assentamentos informais ou na rua. De todo modo, a autora pontua o seguinte:

O Ministério Público Federal e a Defensoria Pública da União chegam a recomendar ao Ministério da Saúde a contratação emergencial, por 90 dias, de 45 médicos estrangeiros para trabalharem nas instalações da Operação Acolhida. Os profissionais seriam aqueles já cadastrados em organizações não-governamentais parceiras da operação, ainda que não tenham revalidado seus diplomas no Brasil. [...] O governo brasileiro, junto com o governo de Roraima e prefeituras do estado, tem se mobilizado para ampliar abrigos e construir uma área

de atendimento médico para casos suspeitos e confirmados da covid-19. As iniciativas contam com o envolvimento da Acnur, com assessoria técnica e doações de unidades habitacionais, colchões e materiais de higiene e limpeza. [...] Nos arredores da capital Boa Vista, o governo brasileiro está construindo a Área de Proteção e Cuidados, com capacidade para 1.200 leitos hospitalares e mil leitos destinados a pessoas infectadas e com suspeita da doença. O espaço atenderá refugiados e brasileiros. [...] Itens de ajuda emergencial, como kits de higiene e limpeza e roupas, assim como informações sobre medidas de prevenção de contágio, também estão sendo distribuídos pela agência das Nações Unidas e por organizações da sociedade civil (CRUZ, op. cit. [s/p]).

Entende-se, portanto, que a situação dos venezuelanos que vieram para o Brasil, a partir de 2013-2014 e, com mais intensidade após 2015 é a de migração forçada. Silva (2017) em concordância com o afirmado anteriormente, postula que é necessário buscar uma solução humanitária e diplomática para os venezuelanos solicitantes de refúgio. Para tanto, o visto humanitário deve ser adequado à realidade dessa migração que está ocorrendo em caráter emergencial, o que não poderá depender exclusivamente da vontade governamental dos países envolvidos, pois muitas vezes dependem também de medidas judiciais para garantir uma mínima aplicabilidade. Desta maneira, Silva (op. cit.) afirma que:

Essa questão já era aventada pelos estudiosos e negligenciada pelas autoridades migratórias, nas quais se percebem, não só no Brasil, como na maior parte do mundo, a ausência de interesse no trato da questão e na construção de um sistema protetivo para os migrantes forçados não inseridos na proteção aos refugiados. A dificuldade de regularização em virtude do conteúdo específico desse fluxo faz com que esse grupo de migrantes seja mais suscetível a exploração laboral, sexual ou de outro tipo, pois além das condições de miserabilidade da qual fugiram, não conseguem encontrar no local de destino um sistema protetivo que os resguarde, já que não encontrarem guarida em um dos modelos de regularização ofertados pelo Estado (SILVA, op. cit. [s/p]).

Vale ressaltar, que a relação política, econômica e diplomática entre Brasil e Venezuela começou a mudar radicalmente com a chegada de Michel Temer à Presidência da República

como resultado de um golpe parlamentar articulado com as forças do capital econômico nacional e internacional. Conforme Oliveira (2018):

Em um rápido processo de deterioração, que começou com a chegada de Nicolás Maduro ao poder e se intensificou quando Michel Temer assumiu a Presidência, as relações entre Brasil e Venezuela nunca estiveram tão ruins. O comércio bilateral despencou nos últimos anos e a ausência de diálogo é uma realidade sentida até quando o assunto é o fluxo migratório de milhares de famílias venezuelanas que entram no país por Roraima em busca de alimentos, saúde, educação e emprego (OLIVEIRA, 2018, [s/p]).

Este processo de deterioração também foi refletido nos dezoito vetos de Temer ao texto original da nova Lei de Migração e à regulamentação da referida Lei pelo Ministério da Justiça, por meio do Decreto nº 9.199, de 2017, como apontado no Capítulo 1.

Além disso, conforme Bichara (2019), tal quadro foi sendo agravado internacionalmente, na medida em que no exercício de sua função, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos responsável pelo monitoramento do cumprimento das normas protetivas dos direitos humanos do Sistema Interamericano recomendou, por meio de um relatório, que a Venezuela adotasse “medidas corretivas” relativas à elevação do nível de segurança das pessoas, moderação do uso da força e recurso das forças militares, restabelecimento do estado de direito, independência do judiciário, entre outras medidas no âmbito da proteção da liberdade de expressão.

Este autor cita ainda, o MERCOSUL, a OEA (Organização dos Estados Americanos) e, o Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNDUDH) como organismos multilaterais que tomaram “medidas corretivas” para com o Estado venezuelano, conforme trecho destacado abaixo:

Em 2018, com base nesse relatório e outros subsequentes, a Assembleia Geral da OEA, por meio da Resolução AG/RES. 29.29 (XLVIII-O/18), formulou as mesmas demandas corretivas, colocando a Venezuela na mira de possíveis sanções. Já o MERCOSUL demonstrou maior contundência que a OEA ao aplicar as sanções previstas no Protocolo de Ushuaia relativo ao Compromisso Democrático, celebrado em 24 de julho de 1998. Assim, em 2017, foi decidida a suspensão do exercício do direito de voto da Venezuela nos órgãos da organização, em razão da ruptura da ordem democrática

observada no Estado, e da falta de medidas ou esforços satisfatórios, por parte do governo venezuelano, no sentido de restaurar a democracia no país. A suspensão do direito de voto cessará até que se verifique o restabelecimento da ordem democrática no Estado visado pela medida. No âmbito da ONU, o Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos relata que, além de impedir as manifestações pacíficas, as famílias de pessoas mortas durante essas manifestações enfrentaram uma série de obstáculos no exercício do direito ao acesso à justiça, uma vez que o governo não permitiu a condução de investigações imparciais e independentes para punir os autores dos crimes. Outro relatório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos, de 2017, aponta a morte de 124 pessoas em protestos. Segundo o relatório, há evidências que indicam que 46 manifestantes foram assassinados por membros das forças de segurança do governo (BICHARA, 2019, p.9).

Não obstante, apesar do referido contexto sociopolítico, houve uma grande preocupação em conter o crescente do fluxo migratório de venezuelanos nas regiões transfronteiriças, principalmente entre os municípios de Pacaraima e Santa Elena de Uairén. Então, em março de 2018 foi promovida uma articulação que envolveu dezesseis órgãos federais brasileiros e diversas agências da ONU que atuam com migração, refúgio e demais temas afins para a realização de visitas técnicas de reconhecimento da situação, bem como prestar apoio aos gestores municipais e estaduais de Roraima, o que posteriormente, veio a ser chamada de Operação Acolhida (RIBEIRO, 2020). Organizaram-se grupos de trabalho, inclusive, o Grupo de Trabalho da Saúde (GT Saúde), em parceria com representantes de órgãos governamentais do estado de Roraima, do município de Boa Vista e, da organização Médicos Sem Fronteiras (MSF). Segundo Ribeiro (op. cit.):

No GT Saúde foi manifestada a preocupação com o agravamento da situação diante do risco do fim do Programa Mais Médicos em Roraima, além da necessidade de reclassificação da vulnerabilidade social dos municípios de Boa Vista e Pacaraima para ampliação do número de profissionais no atendimento aos imigrantes nos postos de saúde. Igualmente manifestada uma preocupação com o controle de natalidade e planejamento familiar em face de possível aumento no território nacional entre os 81 imigrantes com o objetivo de obter a nacionalidade brasileira e de

acesso aos benefícios sociais de programas governamentais. Foi discutido ainda o aumento de casos de estupros notificados e a necessidade de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Os representantes da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (SESAU) manifestaram preocupação com o esgotamento da infraestrutura de atendimento à população em Roraima, principalmente, nos municípios de Pacaraima e Boa Vista, onde 70% dos leitos do Hospital Geral de Roraima (HGR) estavam ocupados por venezuelanos, além do risco de epidemias em razão do colapso do sistema de saúde da Venezuela, o que requer um novo modelo de financiamento do atendimento aos imigrantes e um plano de ação e prevenção para doenças infectocontagiosas. A proposta apresentada causou polêmica, posto que partia do pressuposto de que no modelo da Operação Acolhida haveria um suposto tratamento diferenciado dos venezuelanos em prejuízos aos brasileiros e outros imigrantes. A proposta seria no sentido de não sobrecarregar o Sistema Único de Saúde (SUS) adotando o modelo de parceria público-privada supostamente utilizado na fronteira entre Venezuela e Colômbia no qual o atendimento aos imigrantes é de responsabilidade de OSCIPs mediante o financiamento das ações de saúde por OGs, OIAHs, ONGs e entidades privadas. São citados como exemplos de experiências bem-sucedidas o memorando de entendimento firmado entre a Secretaria Municipal da Saúde de Boa Vista (SMSA) e a organização Médicos Sem Fronteira (MSF) e as doações de equipamentos e o financiamento de ações pela Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias, mais conhecidos como Mórmons, para atendimento ambulatorial em Roraima (RIBEIRO, 2020, p.80-81).

A Operação Acolhida foi oficializada por meio da edição em 2018, do Decreto nº 9.286 que criou o Comitê Federal de Assistência Emergencial para o acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade em decorrência do fluxo migratório provocado por crise humanitária. Vale destacar, que este Comitê é um órgão colegiado composto por representantes de diversos órgãos governamentais e ministeriais, dentre os quais se destacaram a Casa Civil da Presidência da República, o Ministério da Defesa e o Gabinete de Segurança Institucional.

Para Oliveira (2018), foi de acordo com a determinação presidencial que o Ministério da Defesa passou a atuar como Secretaria-Executiva do referido Comitê, tendo como obrigação

prestar-lhe apoio administrativo. E o então, general da divisão do Exército brasileiro, Eduardo Pazuello¹⁵, recebeu nomeação para assumir a coordenação operacional do Comitê e das ações emergenciais com a utilização do efetivo militar em colaboração com órgãos, agências governamentais e organizações não governamentais nacionais e internacionais.

Com efeito, o Ministério da Defesa publicou, também no ano de 2018, a Diretriz Ministerial nº 03 que estabeleceu os parâmetros de responsabilidade para a implementação da Operação Acolhida, reconhecida como uma operação pioneira de cunho “humanitário”, porém acabou mantendo um caráter securitário. Isto porque, o governo federal ao deliberar que ficasse a cargo do Exército brasileiro estabelecer e comandar a Força-Tarefa Logística Humanitária, no âmbito do estado de Roraima, acabou explicitando o seu posicionamento, ou seja, a questão da imigração venezuelana para o Brasil passou a ser vista com um problema de polícia.

De acordo com Kanaan et al. (2018), foi deliberado pelo Estado-Maior Conjunto das Forças Armadas que o Exército Brasileiro estabelecesse a Força-Tarefa Logística Humanitária para o estado de Roraima, tendo como base a atuação no seguinte tripé: 1) ordenamento da fronteira, 2) abrigamento; e, 3) interiorização dos imigrantes. Com efeito, ficou definido que a missão desta Força-Tarefa seria cooperar com o governo federal para dar assistência aos imigrantes vulneráveis, mediante apoio logístico, preparação e distribuição de alimentação, saúde, suporte para o processo de interiorização, identificação e imunização dos imigrantes, bem como a construção e ampliação de abrigos.

Por sua vez, Silva (2019) afirma a Operação Acolhida criou estruturas amplas para atender o crescente fluxo de imigrantes. Conforme este autor:

Em Pacaraima, com o intuito de ordenar a fronteira, construiu-se um Posto de Identificação (controle migratório), um Posto de Triagem, um módulo de Hospital de Campanha e um espaço de apoio para os membros da Força-Tarefa e das demais agências. Além disso, foram criados dois abrigos, o BV8, um alojamento misto (de acolhimento e transição) para imigrantes venezuelanos não indígenas, com capacidade para 500 pessoas e o Janokoida um alojamento

¹⁵ Eduardo Pazuello foi coordenador logístico das tropas do Exército brasileiro durante os Jogos Olímpicos e Paralímpicos de 2016, coordenador das operações da Operação Acolhida, tendo assumido no governo Bolsonaro, inicialmente, a coordenação das ações federais de prevenção e enfrentamento da Covid-19. Além disso, passou quatro meses como ministro da saúde interino, vindo a se tornar ministro da saúde em 16 de maio de 2020, após a saída de Nelson Teich, mas foi exonerado deste cargo em 23 de março de 2021.

exclusivo para imigrantes venezuelanos indígenas, com capacidade 399 pessoas (SILVA, 2019, p.124).

E Silva (2019), utiliza o trabalho de Marrimón (2019) para informar adicionalmente que:

Foram reformados dois abrigos existentes na capital, o Hélio Campos, com capacidade para 250 pessoas, e o ginásio do Bairro Pintelândia, cujo objetivo é atender 590 indígenas. E a construção de mais nove abrigos, quais sejam: Jardim Floresta (600 pessoas), Tancredo Neves (300 pessoas), São Vicente (320 pessoas), Nova Canaã (380 pessoas), Latife Salomão (540 pessoas), Santa Tereza (600 pessoas), Rondon 1 (810 pessoas), Rondon 2 (600 pessoas), utilizado para a transição, com os venezuelanos prontos para a interiorização e, Rondon 3 (1.080 pessoas) (MARIMÓN, 2019 apud SILVA, op. cit., p.124).

A partir da chegada de Jair Bolsonaro à Presidência da República, em janeiro de 2019, as relações diplomáticas e comerciais entre Brasil e Venezuela pioraram muito, na comparação com o governo Temer. Vale ressaltar, que anteriormente, no ano de 2015, Bolsonaro ainda deputado federal à época, qualificou os migrantes e refugiados que chegam ao Brasil como “ameaça” e “escória do mundo”.

Para Mendes e Menezes (2019), o governo Bolsonaro interrompeu o processo de mudanças institucionais na questão dos migrantes e refugiados, ressaltando a ideologia de “segurança nacional” (securitária), na qual a entrada e presença de migrantes e refugiados no Brasil requerem vigilância e controle policial. Deu-se então, uma guinada regressiva na política do Estado brasileiro para as migrações e solicitações de refúgio, o que marcou o início do referido governo, entrando em choque, inclusive com a nova e controversa Lei de Migração, no governo Temer. De acordo com Mendes e Menezes (2019):

A edição da nova Lei de Migração um ano e meio antes de sua posse estabeleceu que emigrar/imigrar é um direito fundamental reconhecido pela sociedade e inscrito no ordenamento jurídico. A legislação posicionou o respeito aos direitos humanos, em amplo senso e de modo inequívoco, como princípio norteador da questão e o sobrepôs ao paradigma de segurança nacional. Revogou assim, na integralidade, o Estatuto do Estrangeiro, marco regulatório para os deslocamentos internacionais estabelecido pelo Regime Militar de 1964 (MENDES e MENEZES, 2019, p.303).

Com efeito, ao longo de 2019 foram adotadas diversas medidas relativas à ideologia de “segurança nacional” quanto à migração e ao refúgio, tais como a saída do Pacto Global das Migrações (logo depois da posse em janeiro), as publicações das Portarias nº 666 e nº 770, as quais tratam das condições de ingresso, repatriação e deportação de “pessoa perigosa”, bem como a cessação do *status* de três refugiados paraguaios que tinham sido perseguidos por questões políticas no seu país de origem. E outras mudanças significativas ocorreram, no que diz respeito à política externa, destacadamente nas relações com os países cujos, o governo Bolsonaro se opõe político-ideologicamente, como no caso da Venezuela (MARTINO e PEREIRA, 2020, p.157).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto anteriormente, aqueles indivíduos ou grupos que saem de seu próprio país por conta de perseguições étnicas, políticas e religiosas, bem como guerras, desastres e miséria são denominados refugiados.

Entende-se que, a saúde dos refugiados é uma questão extremamente relevante, sendo fundamental que o Estado atue no sentido de proporcionar políticas públicas para esse público respeitando, inclusive os princípios e diretrizes do SUS. Essa atuação prevista no marco legal internacional e nacional explicita a existência ou não de compromisso governamental com a prestação de serviços públicos aos refugiados, guardando relação direta com a fiscalização e controle da qualidade deles.

O Capítulo 1, intitulado – “Breve Histórico da Legislação sobre a Proteção ao Refugiado”, tratou do desenvolvimento e aplicação das políticas de proteção ao refugiado, ou seja, a origem e de que forma ocorreu o surgimento dessa temática. Isto posto, também foi tratado a partir da análise de quais instrumentos os Estados utilizam para resolver essa questão, particularmente o brasileiro.

O Capítulo 2, intitulado – “Origem e Desafios do Sistema De Saúde (SUS) para Refugiados no Brasil” expôs a construção do SUS e suas conquistas, como evidência as suas assistências e como Estado é dividindo para contemplar todos aqueles que por lei pode usufruir do sistema de saúde brasileiro.

O Capítulo 3, intitulado – “Refugiados Venezuelanos: Acesso e Atendimento à Saúde em Território brasileiro, colocou em evidência a onda migratória de refugiados provenientes da Venezuela, histórico e a atual conjuntura do país, colocando em evidência as deficiências do SUS e do Brasil em concretizar ações para as condições de refúgio seja realizadas e de que maneira autoridades auxiliam para esse processo. Tendo isto posto, como o SUS e a realidade desses refugiados acabam por se interseccionalizar.

Para além das questões e a complexidades dos processos de imigrar e se refugiar em outro país, essas são peças principais para compreender os fatores que envolvem os refugiados, como a saúde. Com o objetivo de refletir sobre as condições de acesso e atendimento aos refugiados no Sistema Único de Saúde, foi observado que a não qualidade efetiva do SUS no qual interfere no acesso e atendimento que é oferecido, são consequências a partir das relações complexas que o

envolvem o que impede de seus usuários e os que executam os princípios e diretrizes de melhor usufruir desse direito, como também mostra que as governanças não possuem componentes para lidar com a grandiosidade de um sistema e com a assistência e administração dos refugiados.

A partir da busca de informações e dados relativos às condições de acesso dos venezuelanos no SUS, foi permitido analisar que a imigração em massa e a concentração de refugiados em Roraima, trouxe consequências para o estado e seus habitantes, como também para os venezuelanos com a falta de medidas preventivas e auxílio para o Estado, o que trouxe consequências para infraestrutura e a intensidade de preconceitos e intolerância.

REFERÊNCIAS

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). *Convenção de 1951*. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/convencao-de-1951/>>. Acesso em: 5 nov. 2019.

_____. *Histórico*. Disponível em: <<https://www.acnur.org/portugues/historico/>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

AMORIM, A. G.; SILVA, N. C.; CORREIA, D. C. A efetividade da proteção aos refugiados nos países integrantes do MERCOSUL. *Revista Projeção, Direito e Sociedade*, vol. 10, n.1, 2019, p.45-59.

ARENDDT, H. A. *Nós, os Refugiados*. Trad. Ricardo Santos. Covilhã: Universidade da Beira Interior / LusoSofia: Press, 2013.

_____. *Escritos Judaicos*. Trad. Thiago dias da Silva et. al. Barueri: Amariyls, 2016.

BARRETO, L. P. T. F. A Lei Brasileira de Refúgio – Sua história (Cap.1). In: BARRETO, L. P. T. F. (Org.). *Refúgio no Brasil: A proteção brasileira aos refugiados e seu impacto nas Américas*. Brasília: ACNUR, Ministério da Justiça, 2010.

BARRETO, L. P. T. F.; LEÃO, R. Z. R. O Brasil e o espírito da Declaração de Cartagena. Trad. ACNUR Brasil. *Forced Migration Review*, ed. 35, jul., 2020.

BICHARA, J.-P. O tratamento do fluxo migratório venezuelano de 2015 a 2019: do direito internacional ao direito brasileiro. *Revista dos Tribunais Online - Thomson Reuters*, vol. 1010, dez., 2019, p. 93-117.

BOBBIO N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política I*. Trad. VARRIALE, C. C. et al. (Coord. Trad.). Ferreira, J.; CACAIS, L. G. P. (Rev. Geral). Brasília: Editora Universidade de Brasília, 11 ed., 1998.

BRASIL, A. *Quem são e de onde vêm os 11 mil refugiados que estão no Brasil (Revista Exame on-line)*. Publicada em: 25 jul. 2019. Disponível em: <<https://exame.com/brasil/quem-sao-e-de-onde-vem-os-11-mil-refugiados-que-estao-no-brasil/>>. Acesso em: 24 set. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS. *Os Refugiados e os Direitos Humanos*. Publicado em: 20 jun. 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/junho/os-refugiados-e-os-direitos-humanos#:~:text=A%20prote%C3%A7%C3%A3o%20de%20refugiados%20%C3%A9%20uma%20quest%C3%A3o%20fundamental%20de%20direitos%20humanos.&text=Tanto%20%C3%A9%20assim%2C%20que%20um,prote%C3%A7%C3%A3o%20internacional%20em%20outro%20pa%C3%ADs>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Brasil e Saúde Global. In: PINHEIRO, L.; MILANI, C. R. S. *Política externa brasileira: a política das práticas e as práticas da política*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2012, p. 241-265.

CISCATI, R. *Arthur Chioro: “Em 28 anos de SUS, nunca houve financiamento adequado para a saúde”*. Publicado em: 10 out. 2016. Disponível em: <<https://epoca.globo.com/vida/noticia/2016/10/arthur-chioro-em-28-anos-de-sus-nunca-houve-financiamento-adequado-para-saude.html>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

CLARO, C. de A. B. Do Estatuto do Estrangeiro à Lei de Migração: Avanços e Expectativas. *Boletim de Economia e Política Internacional*, n.26, set. 2019-abr.2020, p.41-53.

COSTA, V. V. da.; VIEIRA, L. K. A (não) utilização dos instrumentos jurídicos do MERCOSUL, pelo Brasil, na recepção dos imigrantes venezuelanos. *Caderno de Relações Internacionais*, vol. 10, n.19, jul. - dez., 2019, p.127-171.

CRUZ, I. *Como refugiados ficam vulneráveis na pandemia do coronavírus*. Nexo Jornal [Expresso]. Publicado em: 07 de abr. de 2020. Atualizado em: 02/12/2020. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/04/07/Como-refugiados-ficam-vulner%C3%A1veis-na-pandemia-do-coronav%C3%ADrus>>. Acesso em: 05 jan. 2021.

DALLARI, S. G. O Direito à Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol.22, n.1, fevereiro, 1988.

EVANGELISTA, A. P. Saúde nas Fronteiras: Estamos preparados? *Revista Poli*. Rio de Janeiro, n.64, p.14-17, mai.-jun.2019.

GAMA, D. A. S. da; COSTA, I. E. M da. A migração venezuelana em Belém do Pará e o papel institucional do Estado na sua organização. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Pará (IHGP)*, Belém, v.05, n.01, jan.-jun., 2018, p.152-165.

HANDA, E. R.; CASAGRANDE, M. M. Análise dos Direitos Políticos de Migrantes e Refugiados no Brasil na perspectiva dos Direitos Humanos. In: ANNONI, D. (Coord.). *Direito Internacional dos Refugiados e o Brasil*. Curitiba: Gedai/UFPR, 2018, p.42-52.

JUBILUT, L. L. *O Direito Internacional dos refugiados e sua aplicação no orçamento jurídico brasileiro*. São Paulo: Método, 2007.

JUBILUT, L. L.; LOPES, R. de O.; SILVA, J. de A. G. Acesso ao direito ao trabalho para Refugiados no Brasil. In: ANNONI, D. (Coord.). *Direito Internacional dos Refugiados e o Brasil*. Curitiba: Gedai/UFPR, 2018, p.129-159.

KANAAN, Cel; TÁSSIO, Maj; SIDMAR, 2º Ten. As Ações do Exército Brasileiro na Ajuda Humanitária aos Imigrantes Venezuelanos. In: BAENINGER, Rosana; SILVA, João Carlos Joroshinski (coord.). **Migrações Venezuelanas**, Campinas – SP: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2018, p. 68-71.

LOUREIRO, M. C. *Definição de Saúde Global*. Disponível em: <<https://neurosaude.com/atualidades/definicao-de-saude-global/>>. Acesso em: 9 abr. 2021.

MACEDO, J. N. de; JÚNIOR, O. V. de S.; BIAZUSSI, H. M.; PEREIRA, B. G. Venezuelanos no Brasil: Direitos dos imigrantes e a saúde pública local. *Interfaces Científicas - Direito*, Aracaju, v.7, n.2, abr.-mai.-jun., 2019, p.73-82.

MAIA, A. C.; AZIZE, R. L. Saúde nas margens: dilemas da territorialidade da Atenção Primária em Saúde no cuidado aos refugiados no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 25, n.5, 2020, p.1789-1797.

MARIMÓN, A. C. As Operações de Controle e Acolhida em Roraima. In: *Revista Tecnologia e Defesa*. Disponível em: <<http://tecnodefesa.com.br/adquirir-td/>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

MARTIN, D.; Goldberg, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.27, n.1, 2018, p.26-36.

MARTINO, A. A.; MOREIRA, J. B. A política migratória brasileira para venezuelanos: do “rótulo” da autorização de residência temporária ao do refúgio (2017–2019). *Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.*, Brasília, v. 28, n. 60, dez., 2020, p. 151-166.

MARTUSCELLI, P. N. Como refugiados são afetados pelas respostas brasileiras a COVID-19? *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, vol.54, n.5, set. - out., 2020, p.1446-1457.

MENDES, J. S. R.; MENEZES, F. B. B. de. Política Migratória no Brasil de Jair Bolsonaro: “perigo estrangeiro” e retorno à ideologia de segurança nacional. *Cadernos do CEAS*, Salvador-Recife, n. 247, mai.-ago., 2019, p. 302-321.

MILESI, R. *Refugiados e Migrações Forçadas: Uma reflexão aos 20 anos da Declaração de Cartagena*. Publicado em: 14 jan. 2005. Disponível em: <<https://www.migrante.org.br/refugiados-e-refugiadas/refugiados-e-migracoes-forçadas-uma-reflexao-aos-20-anos-da-declaracao-de-cartagena/>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MINAYO, M. C.; DESLANDES, S.; NETO, O. C.; GOMES, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: RJ, 1998, 10 ed.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. DA C. G.; SILVA, A. L. A. DA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 2, p. 329–335, jun. 2017.

MOREIRA, J. B. *Migrações internacionais e refúgio sob a ótica do governo Bolsonaro*. Publicado em: 25 nov. 2019. Disponível em: <<https://mundorama.net/?p=26743>>. Acesso em: 30 out. 2020.

_____. Refugiados no Brasil: reflexões acerca do processo de integração local. REMHU: *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, v. 22, n. 43, p. 94, dez., 2014.

_____. Redemocratização e Direitos Humanos: a política para refugiados no Brasil. *Revista Brasileira de Política Internacional*, v. 53, n. 1, p. 125, jul., 2010.

MOREIRA, E.; TORELLY, M. *Soluções duradouras para indígenas migrantes e refugiados no contexto do fluxo venezuelano no Brasil*. Brasília: Organização Internacional para as Migrações, 2020.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. *Xenofobia*. [verbete - Glossário sobre Imigração]. Genebra: OIM / Direito Internacional da Imigração, n.22, 2009, p.80.

OLIVEIRA, K. Cartagena +30 e a adoção da Declaração do Brasil sobre Refugiados, Apátridas e deslocados. Publicado em: 09 dez. 2014. Disponível em: <<http://www.unisinos.br/noticias/graduacao/cartagena-30-e-a-adocao-da-declaracao-do-brasil-sobre-refugiados-apatridas-e-deslocados>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

OLIVEIRA, G. A. G. de. A Utilização do Corpo Militar Brasileiro Frente à Crise Migratória da Venezuela. In: *Military Review*, nov., 2018. Disponível em: <<https://www.armyupress.army.mil/Portals/7/militaryreview/Archives/Portuguese/Online%20Exclusives/Alberto-A-Utilizacao-do-Componente-Militar-Brasileiro-Frente-a-Crise-Migratoria-da-Venezuela-POR-OLE-Nov-2018.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2021.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAULI, E; ALMEIDA, L. P. Atendimento à população venezuelana no Brasil: uma análise da “reserva do possível” e do mínimo existencial. *TraHs (Números Especiais - Políticas públicas: desafios nos contextos atuais)*, n.4, 2019, p.123-136. Disponível em: <<http://www.unilim.fr/trahs>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

PEREIRA, Alexandre B. *Os usos e abusos político do refúgio*. Publicado em: 15 fev. 2020. Disponível em: <<https://www.nexojournal.com.br/ensaio/2020/Os-usos-e-abusos-pol%C3%ADticos-do-ref%C3%BAgio>>. Acesso em: 30 out. 2020.

PINTO, L. C.; OBREGON, M. F. Q. A crise dos refugiados na Venezuela e a relação com o Brasil. *Derecho y Cambio Social*, 2018, p.1-21.

OLIVEIRA, E. *Relação entre Venezuela e Brasil nunca foi tão ruim*. Publicado em: 20 mai. 2018. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/mundo/relacao-entre-venezuela-brasil-nunca-foi-tao-ruim-22696429>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Protocolo de Nova Iorque (1967)*. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/asilo/prot67.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

_____. *Carta das Nações Unidas (1945)*. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/doc/cartonu.htm>>. Acesso em: 21. jan. 2021.

_____. *Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados (1951)*. Genebra: ONU, 1951.

_____. *Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)*. Genebra: ONU, 1948.

REIS, R. R.; MENEZES, T. S. Direitos Humanos e Refúgio: uma análise sobre o momento anterior à determinação do *status* de refugiado. *Rev. Sociol. Pol.*, v. 2, n.49, p.61-83, mar., 2012.

RIBEIRO, M. L. S. *Governança Democrática em Rede: Estudo sobre Acolhida Imigratória de Venezuelanos no Brasil*. Mestrado Profissional em Administração, Programa de Pós-Graduação em Administração, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de Brasília. Brasília (DF), 2020. 178 p.

RODRIGUES, F. Migração transfronteiriça na Venezuela. *Estudos Avançados*, vol.20, n.57, 2006, p.197-207.

SALLES, D. M. N. N; GONÇALVES, F. C. N. I. A atuação do Estado brasileiro na proteção dos refugiados: a distância entre a legislação e a garantia dos direitos humanos. *Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais*, v.1, n.2, set.-dez., 2016, p.111-132.

SANTANA, C. Humildade cultural: conceito estratégico para abordar a saúde dos refugiados no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol. 34, n.11, 2018, p.1-2.

SANTOS, G. A. C. dos. *A Funcionalidade do Sistema Jurídico de Proteção aos Refugiados na Experiência Brasileira: Desafios e Perspectivas*. Monografia (Graduação em Direito), Universidade Federal do Paraná, 2016.

SANTOS, G. M. dos; JÚNIOR, J. B. L. Refugiados no Brasil: Caracterizando as novas faces pelo país. In: ANNONI, D. (Coord.). *Direito Internacional dos Refugiados e o Brasil*. Curitiba: Gedai/UFPR, 2018, p.53-65.

SCHNEIDER, A.; KUJAWA, H.; ANDRADE, J.; et al. *Financiamento do SUS: A luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde*. Passo Fundo: CEAP, 2005.

SILVA, C. A. S.; RODRIGUES, V. M. Refugiados: os regimes internacionais de Direitos Humanos e a situação brasileira. In: SILVA, C. A. S. (Org.). *Direitos Humanos e Refugiados*. Dourados: UFGD, 2012, p.123-143.

SILVA, F. C. A. da; SOUSA, E. M. A migração venezuelana e o aumento da pobreza em Roraima. *Tensões Mundiais*, Fortaleza, v. 14, n. 27, 2018, p. 105-119.

SILVA, J. C. J. *Migração forçada de venezuelanos pela fronteira norte do Brasil*. Anais do 41º Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), GT16 – Migrações internacionais: Estado, controle e fronteiras, Caxambu (MG), 2017.

SILVA, R. G. de A. A questão dos refugiados e a ideia de pertencimento ao mundo em Hannah Arendt. Goiânia, *Philosophos*, vol. 23, n.1, jan.-jun., 2018, p.365-461.

SILVA, G. J; CAVALCANTI, L; OLIVEIRA, T; MACEDO, M. *Refúgio em Números, 5ª Ed. [Sumário Executivo]*. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Comitê Nacional para os Refugiados. Brasília, DF: OBMigra, 2020.

SILVA, J. L. Z. DA. *A imigração venezuelana para o Brasil: do ingresso em Pacaraima – ao início da interiorização em Dourados – MS*. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Fronteiras e Direitos Humanos - PPG-FDh), Faculdade de Direito e Relações Internacionais (FADIR), Dourados (MS), 2020, 246p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL. *Refugiados: Brasil ainda precisa implementar apoio e políticas públicas para acolher essas pessoas*. Publicado em: 14 de agosto de 2018. Acesso em: Acesso em: 24 mai. 2021. Disponível em: <<https://www.sbmt.org.br/portal/refugees-brazil-still-needs-to-implement-and-support-public-policies-to-welcome-these-people/>>.

SOUZA, A. R. de; SILVEIRA, M. de C. P. da. O fluxo migratório de venezuelanos para o Brasil (2014-2018): análise do arcabouço jurídico brasileiro e da conjuntura interna venezuelana. *Cadernos Prolam/USP*, v. 17, n. 32, jan.-jun., 2018, p. 114-132.

STEVANIM, L. F. *Sarampo de volta ao mapa*. Publicado em: 16 ago. 2018. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/sarampo-de-volta-ao-mapa>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

VALENÇA, L. C. *A migração venezuelana e a gestão da saúde na zona de fronteira Brasil/Venezuela nos anos de 2017 e 2018*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Roraima, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA). Boa Vista, 2019. 84 p.

VENTURA, D. de F. L. e YUJRA, V. Q. *Saúde de migrantes e refugiados*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2019.

ZUKER, F. *Brasileiros e venezuelanos: uma crônica de ódio e compaixão*. Publicado em: 12 set. 2018. Disponível em: <<https://apublica.org/2018/09/brasileiros-e-venezuelanos-uma-cronica-de-odio-e-compaixao/>>. Acesso em: 15 fev. 2021.