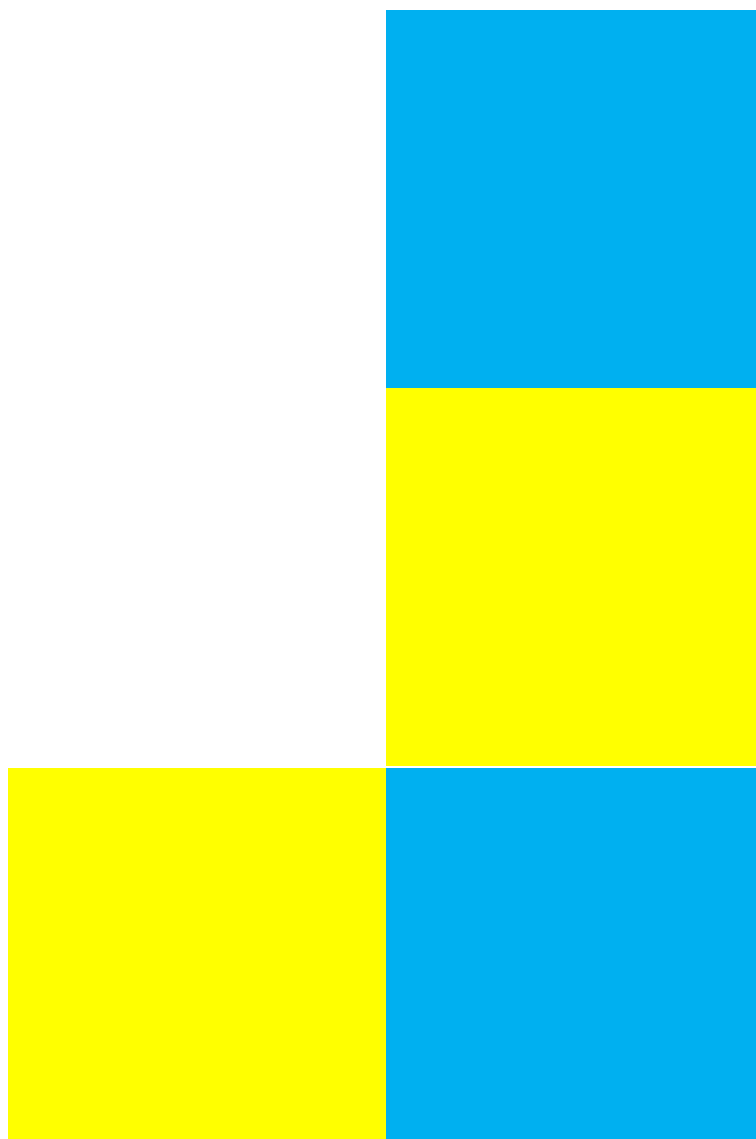


A relação entre a universalidade do SUS e a gravidez de risco de venezuelanas

Alice Vermelho Leão Camargo

Aluna de Relações Internacionais na Universidade Federal do Rio de Janeiro (IRID/UFRJ). E-mail: alicevermelhori@gmail.com



Introdução

O relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, ACNUR, “Tendências Globais” (ACNUR, 2019), referentes aos deslocamentos forçados em 2019 no mundo, mostrou que a Venezuela ocupa o segundo lugar de países dos quais a maior parcela dos migrantes são originados, com 4,5 milhões de venezuelanos que foram forçados a deixar o país - destes, 93.300 possuem o status de refugiado, 794.500 são solicitantes de refúgio e 3,6 milhões estão deslocados no exterior. O estado de Roraima, próximo à fronteira venezuelana, recebe um crescente e constante fluxo de venezuelanos diariamente, que vêm ao Brasil em busca do direito que não é mais encontrado no seu país de origem: a assistência médica.

O Brasil e a Venezuela, mesmo antes da onda migratória, já estavam relacionados por reconhecerem em suas constituições que a saúde é um direito inalienável do ser humano e, portanto, dever do Estado em assegurá-la a qualquer pessoa que esteja no território e precise de atenção médica, sem considerar a nacionalidade, gênero, cultura ou status social - o princípio da universalidade. Entretanto, mesmo que em voga atualmente, a universalidade remete aos tempos do bismarckismo alemão, ainda em 1880, que culminou com a idealização do Welfare State - o Estado de Bem-Estar Social adotado na Europa - após as devastações da Segunda Guerra Mundial e com as discrepâncias socioeconômicas resultantes da Revolução Industrial, que mostraram a inconsistência do capitalismo desenfreado, voltando-se à necessidade de associá-lo à democracia para, assim, destinar parte dos investimentos a políticas públicas e sociais. Dessa forma, o ser humano passou a ser analisado como detentor das mínimas condições dignas de vida, bens e serviços possíveis (LEVCOVITZ e COUTO, 2018) e, dentre elas, a saúde foi considerada um direito inerente à vida humana e, então, dever do Estado em garanti-la (BIANQUIN, 2009).

O Welfare State, então, afetou os países latino-americanos em diferentes momentos políticos e econômicos, mas seu impacto na área da saúde na região teve grande influência da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, 1978. Nela, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, motivada pelas circunstâncias apontadas na Declaração de Alma-Ata, “expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos

os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (ALMA-ATA, 1978).

1. Brasil e Venezuela: o processo de incorporação da saúde pública universal

Da colônia ao final do Império, o Brasil não apresentou mudanças significativas no sistema de saúde, de tal forma que a assistência variava de acordo com a classe social: os nobres e colonos possuíam acesso a remédios e médicos mais qualificados, enquanto aos pobres, maior parte da população, restava as poucas unidades existentes da Santa Casa da Misericórdia, que possuía condições precárias e dependia de doações. Com a Independência, as escolas foram transformadas em universidades e saberes como Medicina e Direito passaram a emergir, mas o Império chegou ao fim ainda sobrecarregado de doenças e epidemias (FIOCRUZ, 2016).

O início da República trouxe reformas sanitárias e incentivos à vacinação, mas os brasileiros continuavam a viver em condições precárias e em casas insalubres, o que facilitava o avanço das enfermidades. Somente durante a Era Vargas (1930 - 1945) as primeiras intervenções estatais na economia foram feitas em prol de diminuir as desigualdades existentes no país, período em que a saúde pública foi institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, a previdência social pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e, também, houve expansão da previdência social a maior parte dos trabalhadores urbanos com os Institutos de Aposentadoria e Pensão (RIBEIRO, Ca. 2010).

Como uma interrupção aos avanços públicos e sociais, a Ditadura Militar (1964 - 1985) focou o investimento no desenvolvimento econômico do Brasil, fazendo com que epidemias de dengue, malária e meningite se intensificassem junto ao crescimento da mortalidade infantil (FIOCRUZ, 2016). Em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado com a unificação dos órgãos previdenciários, que enfrentavam o processo de despolitização e de afastamento de líderes trabalhistas, objetivando conceder benefícios aos trabalhadores, como a assistência médica - esta, no entanto, deveria priorizar a empresa privada, e não os serviços médicos da própria previdência social (ABREU, 2009), causando efeitos indesejáveis ao visar unicamente ao lucro e não contribuindo para a melhoria do estado sanitário brasileiro.

O movimento de reforma sanitária começou a ganhar força durante o período da redemocratização e a produção de estudos foi promovida com a criação de novos órgãos, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976. Nesse contexto, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, com as seguintes temáticas principais: “A saúde como dever do Estado e direito do cidadão”, “A reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “O financiamento setorial” (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Assim, para ter participação na formulação da nova Constituinte, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), atuando na redação e institucionalização do Sistema Único de Saúde, o SUS, e ao reconhecimento da saúde como um direito da vida digna do ser humano e o dever do Estado em assegurá-la, assim como é dito na Constituição Federal de 1988:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988).

Hoje, entretanto, 32 anos após a criação do SUS, os seus três valores fundamentais, sendo eles a equidade, integralidade e universalidade, são questionados quanto a real aplicação: “(...) o SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado” (PAIM, 2018). Assim como analisado pelo autor, mesmo sendo assegurado pela Carta Magna, o sistema público de saúde brasileiro não dispõe dos recursos necessários para atuar de forma efetiva, possuindo obstáculos de caráter político e econômico, sendo eles a falta de prioridade dada pelo governo, que culmina em ataque da população visando ao seu desmonte, além de políticas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), que congela o piso da saúde por 20 anos. Diante do defasamento do sistema público, as classes média e alta, detentoras de “voz, voto, mídia e dinheiro” (OCKÉ-REIS, 2009), recorrem à assistência privada, deixando de priorizar a melhora do SUS, mesmo ainda utilizando serviços como vigilância sanitária e assistência farmacêutica, e intensificando a desigualdade brasileira.

A República Bolivariana da Venezuela, por sua vez, começou a ter significativas práticas intervencionistas com o governo de Rómulo Betancourt, mas as políticas assistencialistas se intensificaram durante o mandato de seu sucessor, Carlos Andrés Pérez (1974 - 1979), em que o gasto social foi favorecido pelo elevado preço do petróleo

consequente da crise energética da década de 1970 (NIÑO, 2017) - a “Venezuela Saudita”. No decorrer de seu segundo período administrativo (1979-1989), entretanto, a queda dos preços internacionais do petróleo fez com que Pérez firmasse ajustes com o Fundo Monetário Internacional (FMI), já que a dívida pública, o desemprego e os preços estavam se elevando. Assim, o mesmo político que instaurou as primeiras assistências governamentais à população também as cortou, através do projeto “Pacotão”, privatizando empresas estatais e aumentando os impostos, o que resultou no massacre do protesto popular conhecido como “Caracaço”, em 1989 (OLMO, 2018).

Nesse contexto, em meio à crescente pobreza, desigualdade e corrupção, o líder carismático Hugo Chávez, que já havia tentado um golpe de Estado em 1992, vence as eleições em 1999 prometendo romper com a tradicional forma política existente até então e, para tanto, em 15 de dezembro de 1999 foi promulgada a 26ª Constituição da República Bolivariana da Venezuela, que, assim como as ideologias de bem-estar previstas no Welfare State europeu e na Constituição brasileira de 1988, reconheceu a saúde como um direito do ser humano e o dever do Estado em garanti-la, em formato universal e de qualidade, como afirma o artigo 84 da Carta Magna:

"Para garantizar el derecho a la salud, el estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un Sistema Público Nacional de Salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad." (VENEZUELA, 1999)

A fim de cumprir a promessa, foi criado o Plan Estratégico de Salud y Desarrollo Social (PES) 2000-2006, que visava levar atenção primária em saúde aos bairros vulneráveis do país. Em 2003, entretanto, o plano não teve a aderência necessária e causou descontentamento na população, o que fez com que a prefeitura de Caracas firmasse um acordo com Cuba, que ajudaria com assistência médica, focalizada na atenção primária, em bairros pobres: a Misión Barrio Adentro. Dessa forma, os desafios enfrentados pelos novos médicos foram desde o trabalho com riscos de saúde mais complexos, falta de insumos básicos, doenças endêmicas, crônicas e altamente transmissíveis e a violência (MÉDICI, 2013), até a desconfiança da população - o que tornou necessário que, além de

médicos, o país disponibilizasse também os medicamentos necessários, já que os farmacêuticos venezuelanos não vendiam o que era por eles prescrito (DA ROS et al, 2008).

A equipe oficial da saúde, então, era composta por um médico geral integral, um enfermeiro e um promotor comunitário de saúde e atendia uma área de até 1250 pessoas, contando, também, com a formação de comitês através da participação voluntária da população. De forma semelhante ao sistema de saúde brasileiro, o primeiro nível de atenção se dava pelos consultórios, marcados pela integralidade (atendimento desde os casos mais básicos até as enfermidades mais complexas), e o segundo nível era as clínicas, em que se realizavam internações, cirurgias e partos normais de baixo risco (DA ROS et al, 2008).

Apesar de ter sido um grande passo em direção à universalidade, equidade e integralidade do sistema de saúde, a crise política na transição da liderança do país acabou influenciando nas políticas públicas de saúde. Segundo pesquisas realizadas pelo jornal El País, bastaram três meses para que, com a liderança de Nicolás Maduro, o país “saísse do controle” e os venezuelanos relembram como, durante o governo do Chávez, possuíam melhores condições socioeconômicas e acesso aos bens públicos - “tudo desabou na Venezuela quando Chávez morreu” (CORPI, 2019). A grave violação dos direitos humanos na Venezuela e a não garantia de assistência médica de qualidade aos venezuelanos fez com que, em julho de 2019, a alta comissária da ONU para Direitos Humanos, Michelle Bachelet, emitisse um documento apelando para que a República Bolivariana da Venezuela tomasse medidas eficazes a fim de garantir a vida digna dos indivíduos e controlar a maciça e constante migração venezuelana.

A crise humanitária instaurada na Venezuela inclui, além da não garantia dos direitos humanos, um colapso no sistema econômico, que afeta o modo de vida da população - em 2019, o salário mínimo foi estimado em US\$ 7 por mês, o que não corresponde a 5% do valor de uma cesta básica (ONU, 2019). A problemática ainda vai além: desde 2015, o Ministério da Saúde parou de publicar boletins com importantes indicadores de saúde e, quando a então ministra da Saúde publicou um boletim epidemiológico em 2017 - mostrando que, no ano de 2016, a mortalidade materna aumentou 65% e a mortalidade infantil aumentou 30% -, foi demitida e, novamente, houve interrupção na publicação de dados (HRW, 2018).

Como exposto pela organização internacional Human Rights Watch (2018), a Organização Pan-Americana de Saúde também relatou surto de doenças, como sarampo e difteria - 5.500 casos confirmados de sarampo e 64 mortes entre junho de 2017 e setembro de 2018 -, e aumento de casos de malária e tuberculose, assim como das taxas de desnutrição. Ademais, as cidades venezuelanas passam por uma escassez generalizada nas farmácias e hospitais de medicamentos e insumos necessários para uso cotidiano e tratamento de doenças, como o antirretroviral para pessoas com HIV - 87% das 79.000 pessoas com HIV não têm acesso à medicação, fazendo com que o número de casos de HIV aumentasse 24% entre 2010 e 2016. Nesta situação, as gestantes venezuelanas, sem a segurança que deveria ser oferecida pelo governo, veem como opção o cruzamento da fronteira Venezuela-Brasil a fim de, no estado fronteiriço, Roraima, utilizarem o Sistema Único de Saúde.

2. Estrutura do Sistema Único de Saúde e Indicadores de Saúde

A implementação da saúde pública na Constituição Federal de 1988 foi sustentada pelos princípios que norteiam o funcionamento do Sistema Único de Saúde: a universalidade, equidade e integralidade. Segundo o Ministério da Saúde, a universalidade diz respeito ao dever do Estado em garantir o acesso à saúde gratuita e de qualidade a todas as pessoas que precisarem e estiverem no território brasileiro, independentemente da cor, sexo, nacionalidade ou ocupação social. A equidade se resume em “tratar desigualmente os desiguais”, isto é, investir mais onde há maior carência a fim de garantir a justiça social; a integralidade, por sua vez, consiste em oferecer assistência médica a todos os níveis de saúde, desde o atendimento primário (contato inicial entre o médico e o paciente) até situações emergenciais, articulando o setor da saúde com outras políticas públicas.

O grande desafio do Brasil, ao implementar a saúde gratuita e universal como dever do Estado, foi estender esse direito a toda a população brasileira - 209,5 milhões (IBGE, 2018) -, que possui diversidades vinculadas às áreas política, econômica e inclusive territorial, visto que a dimensão do território brasileiro - 8.516.000 km² - faz com que cada região possua especificidades de doenças, necessidades e atenção das políticas públicas. A fim, então, de garantir uma maior aplicabilidade do sistema público de saúde ao Brasil,

sua organização se dá de forma regionalizada, que se refere aos critérios epidemiológicos específicos e ao conhecimento da população a ser atendida na região, visando à oferta da assistência médica necessária; hierarquizada, no sentido de garantir os níveis de atenção em níveis crescentes de complexidade (atendimento primário, secundário e terciário) de acordo com o que é demandado na região. Somam-se a descentralização e o comando único, através dos quais a responsabilidade do sistema de saúde é distribuída entre os três níveis de governo - federal, estadual e municipal - e cada esfera é autônoma e soberana na tomada de decisões, respeitando os princípios gerais e a participação popular - esta, deve acompanhar e avaliar o funcionamento do Sistema Único de Saúde, formulando estratégias para garantir a eficácia da política pública.

A Atenção Primária é vista como de suma importância para reconhecer as necessidades regionais e os consequentes investimentos, já que é a porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde e, quando possuem maiores complexidades, é a responsável por encaminhá-los aos demais níveis de atendimento, além de manter o vínculo direto com os usuários através de campanhas, ações preventivas e de promoção da saúde. Para aprimorá-la, devido à importância, há as redes de saúde, que são “um conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população” (RORAIMA, 2016).

Juntam-se, ainda, os indicadores de saúde visando à obtenção de um maior conhecimento a respeito das condições de vida da população e, a partir do resultado, traçar políticas públicas que atendam às demandas, que são uma “(...) ferramenta para identificar, monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões do gestor. Através deles é possível identificar áreas de risco e evidenciar tendências. Além destes aspectos, é importante salientar que o acompanhamento dos resultados obtidos fortalece a equipe e auxilia no direcionamento das atividades, evitando assim o desperdício de tempo e esforços em ações não efetivas.” (FRANCO, 2016).

Dentre os indicadores, o bem-estar e desenvolvimento da saúde materna e infantil podem ser medidos pela taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade materna e, também, análises sobre a presença ou não do acompanhamento pré-natal no período gestacional. O pré-natal é um dos componentes necessários para a realização de um parto e nascimento saudáveis, promovendo o bem-estar, tanto físico quanto emocional, da mãe

e da criança ao longo da gestação e durante o parto. É o responsável por identificar precocemente doenças que podem se agravar, mas, com o acompanhamento, podem ser controladas e não prejudicar a saúde, como a anemia, infecção urinária e a hipertensão arterial - esta, é presente em 10% das gestantes e é a maior causa de óbito materno, podendo ser tratada previamente. Ainda, o nascimento prematuro de crianças com mães que possuem assistência pré-natal não chega a 10%, enquanto, nas demais, incide em 40% (DIAS, 2014).

Para que seja possível um acompanhamento gestacional de qualidade e reconhecendo o pré-natal como um direito da mulher, o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde recomenda que a assistência seja iniciada no primeiro trimestre de gravidez e que sejam realizadas no mínimo seis consultas. Os principais procedimentos a serem abordados nas consultas são exame físico, exame ginecológico, exames laboratoriais de rotina, além de todas as gestantes receberem suplementação de ferro e orientação quanto ao aleitamento materno. Há ainda o reconhecimento, pelo Ministério da Saúde (2000), de que a estrutura organizacional é de extrema importância para garantir o acompanhamento de forma eficaz e, também, de que a morte materna, que é concebida como a que ocorre durante a gestação ou em até 42 dias após o parto, no país é consequência da não assistência gestacional de qualidade a todas as mulheres grávidas, sendo que 98% dos óbitos poderiam ser evitados caso fossem asseguradas condições dignas de saúde - assim como visto em regiões rurais e interioranas do Brasil, a crise sanitária da Venezuela faz com que o país não ofereça o atendimento público e de qualidade às gestantes, não possuindo a estrutura necessária para evitar mortes maternas e infantis através do pré-natal.

3. Mapeamento do SUS e dos Indicadores de Saúde no estado de Roraima

De acordo com o IBGE, o estado de Roraima tem 223.644,527 km² e uma população estimada de 605.761 pessoas (2019), com 15 municípios e, dentre eles, Boa Vista como capital. Faz fronteira com a Venezuela ao norte e noroeste; Guiana, ao leste; Pará, ao sudeste; Amazonas, ao sul e oeste. Pacaraima, um dos municípios de Roraima,

encontra-se no extremo norte do estado e tem fronteira com a Venezuela, situando-se a 16,6 km da cidade Santa Elena de Uairén, a mais próxima do país vizinho.

O estado de Roraima reforça o atendimento primário ao atuar especificamente em quatro Redes Prioritárias de Atenção à Saúde, dentre elas, a Rede Cegonha: objetiva assegurar “(1) às mulheres - o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério; (2) às crianças - direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis” (RORAIMA, 2016). O Sistema Único de Saúde no estado mostrou índice de desempenho - IDSUS -, numa escala de zero a dez, de 5,62, ficando acima da média da região norte, de 4,67 (PRATTEIN, 2012).

Em relação aos hospitais de assistência pública no estado, de acordo com o Plano Estadual de Saúde, o Hospital Geral de Roraima, principal na região, localiza-se em Boa Vista, a capital do estado - e a 213,9 km de Pacaraima, cidade fronteiriça e de chegada maciça de venezuelanos. O Hospital possui 34 consultórios cadastrados, sendo 8 de assistência ambulatorial, 7 de hospitalar e 19 de urgência e emergência; possui, também, 289 leitos, dos quais 132 são cirúrgicos, 115 são clínicos, 20 são leitos de UTI e os demais são leitos de isolamento, psiquiátricos e para pneumologia sanitária.

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, única maternidade do estado, também está localizado no município de Boa Vista. Possui 32 consultórios cadastrados, dos quais um possui assistência ambulatorial, 27 possuem assistência hospitalar e 4 possuem assistência de urgência e emergência. Dentre os 274 leitos existentes no Hospital, 12 são cirúrgicos de ginecologia, 29 são de clínica geral, 60 são de neonatologia, 26 são de cuidados intermediários neonatal, 12 são de UTI neonatal, 27 são para obstetrícia cirúrgica, 106 são para obstetrícia clínica e 2 estão reservados para isolamento.

A cidade de Pacaraima, por sua vez, possui três unidades do sistema público de saúde, sendo que, delas, uma é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - responsável pelo tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente (FIOCRUZ) -, uma é o Posto de Fronteira de Pacaraima, que realiza procedimentos de fiscalização e vigilância em saúde e, também, há o Hospital Délio de Oliveira Tupinambá. O Hospital possui 8 consultórios cadastrados, dos quais 4 são de assistência ambulatorial, 3 de hospitalar e somente um para urgência e emergência. Possui, no total, 12 leitos, divididos em: 1 de ginecologia, 7 para clínica geral, 1 para isolamento, 1 para obstetrícia

cirúrgica, 1 para obstetrícia clínica e 1 para pediatria clínica. Em Roraima, ademais, verificou-se que há predomínio de partos ocorridos nos sistemas públicos de saúde - em 2018, 94,5% dos partos ocorreram no sistema público, enquanto somente 5,5% ocorreram no sistema privado. O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, público e única maternidade do estado, foi responsável por realizar 81,8% (9.886) dos nascimentos vivos do estado; o Hospital Délio de Oliveira Tupinambá, em Pacaraima, realizou 112 nascimentos vivos (RORAIMA, 2019).

Com relação à caracterização materna, 21,7% dos nascidos vivos em Roraima possuem mães de 10 a 19 anos (1,4% de 10 a 14 anos; 20,3% de 15 a 19 anos), 67,6% mães de 20 a 34 anos e 10,7% mães com 35 anos ou mais; o acompanhamento pré-natal no estado aumentou em 36,8%, em concomitância com a Rede Cegonha, que visa a assegurar os direitos da mãe e da criança. A proporção de nascimentos prematuros em Roraima no ano de 2018 foi de 13,1, representando 13,1% do total de nascidos vivos (1.686) (RORAIMA, 2019)

A Organização Mundial de Saúde considera que a taxa ideal de partos cesarianos é de 10% a 15% do total de partos realizados, já que o parto vaginal é natural, de baixo custo e, portanto, mais acessível (OMS, 2015). O estado de Roraima, entretanto, em 2018 realizou 39,3% dos partos na forma de cesárea, acima do limite recomendado pela OMS. Ademais, a alta taxa de baixo peso ao nascer (<2500g) reflete as más condições de vida das mães e a assistência médica oferecida pelo SUS no estado, já que a maior parte dos nascimentos são realizados pelo sistema público de saúde - houve aumento de 12,8% na proporção de recém-nascidos abaixo do peso ideal entre 2006 e 2018 (RORAIMA, 2019).

A taxa de mortalidade em menores de 5 anos em Roraima, em 2018, foi de 26,22 óbitos por mil nascidos vivos, representando 10,9% de todas as mortes ocorridas no estado - e com um aumento de 13,5% em relação a 2017. A mortalidade infantil, referente àquela que ocorre entre os menores de 1 ano de idade foi de 21,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2018, correspondendo a 9,1% de todos os óbitos no estado; a taxa de mortalidade fetal, referente aos abortos naturais, foi de 10,7 óbitos fetais por cada mil nascidos vivos, representando 4,4% de todos os óbitos ocorridos no estado.

A taxa de mortalidade materna, por sua vez, é considerada a morte da mulher durante o período gestacional ou até 42 dias após a gestação e, em Roraima, no ano de 2018, foi de 0,83 óbitos por mil nascidos vivos, representando 0,3% de todas as mortes no

estado (10 óbitos maternos em um ano), aumentando 50% em relação à taxa de 2017. Cabe salientar que a mortalidade materna está diretamente relacionada com a qualidade da assistência médica e aos cuidados necessários antes, durante e após o parto, ressaltando, então, a importância do acompanhamento pré-natal e do parto humanizado (RORAIMA, 2019).

4. Crise na Venezuela, migração de gestantes de risco e utilização do SUS

Resultados

A vinda maciça de venezuelanas grávidas ao Brasil está diretamente relacionada com a crise política, econômica e humanitária instaurada na Venezuela. Dessa forma, como relatado pela Human Rights Watch, a população venezuelana vive uma época de escassez de medicamentos, suprimentos médicos e alimentos. Somam-se os dados oficiais apresentados pelo Ministério da Saúde em 2017 sobre o ano de 2016, indicando que, em um ano, “a mortalidade materna aumentou 65%, a mortalidade infantil aumentou 30% e os casos de malária aumentaram 76%” - logo após, a ministra responsável pela publicação dos dados foi demitida e o país não mais publica boletins epidemiológicos (HRW, 2019).

Ainda, uma pesquisa realizada pela Cáritas Venezuela indicou que 48% das mulheres grávidas possuíam desnutrição e, de acordo com os profissionais de saúde venezuelanos, a quantidade de crianças internadas com desnutrição aguda ou grave varia de 18 a 40% no país (HRW, 2018). Depoimentos de médicos dos hospitais públicos do país relataram que 44% das salas de cirurgia não estavam em funcionamento e 94% dos laboratórios não possuíam os insumos de que precisavam para a eficaz realização das atividades. Ademais, 60% dos medicamentos e materiais de uso rotineiro estavam indisponíveis no país e não havia disposição de medicamentos essenciais para tratamento de doentes nas farmácias do país (HRW, 2016).

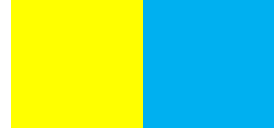
Sem ter segurança na Venezuela, as gestantes passam a ver como alternativa a travessia para o Brasil para que, em Roraima, o estado fronteiriço, consigam utilizar o Sistema Único de Saúde, que tem como um de seus princípios a universalidade. Dessa forma, o número de mulheres venezuelanas atendidas no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth, em Boa Vista, foi de 807 em 2016, enquanto mais da metade

das visitas pré-natais no primeiro semestre de 2016 ocorridas no Hospital Délio de Oliveira Tupinambá, em Pacaraima, foi de mulheres venezuelanas. Em 2015, o número de venezuelanas que procuraram ajuda na única maternidade pública do estado foi de 453, passando para 807 em 2016 - destas mulheres, mais de 100 passaram por cesariana e não raramente as gestantes tiveram complicações na gravidez devido à falta do acompanhamento pré natal na Venezuela (HRW, 2017).

Em 2018, a taxa de natalidade (por mil nascidos vivos) no estado de Roraima foi de 20,9, demonstrando um crescimento a partir de 2016 devido à chegada de mulheres venezuelanas que buscam atendimento obstétrico ou refúgio (Roraima, 2019). Segundo o Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima, em 2018 ocorreram 12.584 nascimentos vivos no estado, sendo que, deles, 402 provieram de mães venezuelanas - com o aumento da imigração de venezuelanos ao Brasil, o número de nascimentos de mães vindas desse país cresceu 44,6%, passando de 278 nascimentos em 2017 para 402 em 2018. Cabe salientar, ainda, que, sem o atendimento primário na Venezuela, os imigrantes chegam ao Brasil em níveis avançados de atenção médica, exigindo maior mobilização dos setores do SUS - 7% dos brasileiros atendidos precisam de internação, enquanto para os venezuelanos esse número chega a 20% (HRW, 2017).

Somando a insuficiência do funcionamento do Sistema Único de Saúde com a intensa demanda de gestantes venezuelanas e demais atendimentos a brasileiros e estrangeiros, o estado de Roraima publicou o Decreto Nº 22.199, de 06 de dezembro de 2016, declarando Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional nos municípios de Pacaraima e Boa Vista (RORAIMA, 2016). Dessa forma, a crise humanitária na Venezuela e a falta da articulação e atenção necessária à recepção dos imigrantes e cuidados aos brasileiros no estado fronteiriço impôs, concomitantemente, uma crise no sistema público de saúde em Roraima. A isso, acrescenta-se as dificuldades da Operação Acolhida instituída pelo Governo Federal em 2018 nos eixos de ordenamento da fronteira, abrigamento e interiorização, mantendo o estado de Roraima com uma demanda superior dos serviços públicos, de empregos regulares - contribuindo para o aumento de empregos informais - e, como consequência, aumento do preconceito, xenofobia e agressões aos estrangeiros.

Não obstante, a situação dessas mulheres em Roraima, em meio ao número crescente de imigrantes no estado, é desafiadora ao serem inseridas em um novo país, na



condição de migrante e sem garantias de emprego regular, moradia fixa ou integridade de seus corpos: sem carteira de trabalho no Brasil, venezuelanas se prostituem pela primeira vez na vida, ficando expostas a doenças sexualmente transmissíveis, explorações forçadas, tráfico de mulheres e agressões. Por medo de serem deportadas, não denunciam aqueles que ferem seus direitos como mulheres e, acima de tudo, como seres humanos (HRW, 2017).

Análise

De acordo com os resultados obtidos, percebe-se a intrínseca relação entre a gravidez de risco na Venezuela e a falta de segurança oferecida às mulheres no país com a migração para o Brasil em busca do SUS. A instabilidade política e econômica na Venezuela não garante que os valores defendidos pela Constituição de 1999 sejam assegurados aos seus cidadãos, ou seja, não garante que os direitos inerentes aos seres humanos sejam realmente ofertados. Dentre eles, a assistência médica, reconhecida pela Carta Magna como o dever do Estado em garanti-la, deixa de ser prioridade no governo venezuelano atual e, como consequência, coloca em risco a vida de mulheres grávidas e de seus filhos.

Sem o acompanhamento pré-natal de que precisam na Venezuela, com a escassez de medicamentos e alimentos e em alto risco de sofrerem desnutrição e mortalidade, as gestantes recorrem às difíceis travessias de fronteiras para chegar ao Brasil. Enfrentar a mudança de país, um novo idioma, a distância da família e as baixas condições socioeconômicas que se relacionam com empregos informais no Brasil, prostituição forçada e não garantia de moradia fixa mostra o quão deficiente está a proteção no país de origem: mesmo em situações degradantes à vida digna no Brasil, ainda assim é melhor do que a falta de segurança instaurada na Venezuela.

É na descrição das constituições brasileira de 1988 e venezuelana de 1999 que os dois países são ligados para além de suas fronteiras: em ambas, a saúde é reconhecida como um direito de qualquer ser humano e, para tanto, ambos os países criaram sistemas públicos de saúde de caráter universal, equitativo e integral. Diferentemente da República Bolivariana da Venezuela, entretanto, o Brasil, mesmo com as limitações políticas, econômicas e administrativas, ainda garante o funcionamento do Sistema Único de

Saúde, mas de forma subsidiada, sem a atenção necessária e falta de disponibilização de recursos. Dessa forma, o SUS mostra a sua carência ao não possuir os materiais necessários para um atendimento médico de qualidade aos próprios brasileiros, especialmente nas regiões norte e nordeste, o que, com a densa chegada de gestantes venezuelanas em altos níveis de atenção, exige uma maior mobilização dos setores da saúde e uma demanda de serviços maior do que o estado de Roraima estava ainda em busca de oferecer.

Juntando todos os agravantes - migração, gestantes de risco, precariedade do SUS e brasileiros que também dependem do sistema público de saúde -, o estado de Roraima se encontrou em uma emergência humanitária, sem as condições necessárias para ofertar os serviços públicos de qualidade a brasileiros e estrangeiros. É nessa conjuntura que discursos xenofóbicos e preconceituosos se intensificam, culpabilizando os migrantes pela crise no estado e dificultando ainda mais a garantia de segurança que buscam no Brasil, o que pode culminar em tratamentos desiguais às gestantes venezuelanas no Sistema Único de Saúde.

A fim de evitar, então, que as mulheres venezuelanas sejam marginalizadas também no Brasil e, além disso, que consigam o auxílio de que precisam para a sua segurança e a de seus filhos, os profissionais que lidam diretamente com as políticas públicas precisam assegurar que todas as atitudes - municipais, estaduais e federais - estejam baseadas no princípio da universalidade, garantindo não só os direitos dessas mulheres, mas o próprio cumprimento do que é dito na Constituição. Como seres humanos, o respeito à diversidade étnica e cultural deve ser primordial para garantir que as políticas de segurança, de interiorização e de regulação de empregos a estrangeiros sejam eficazes, evitando uma nova crise emergencial no estado. Por fim, então, oferecer proteção a venezuelanas grávidas não deve ser visto somente como uma característica para deter o colapso administrativo na região, mas principalmente por ser algo certo e justo a ser feito.

Considerações finais

Sem assistência médica de qualidade a todos no país, não há cidadãos saudáveis para o desenvolverem política, econômica e socialmente. Os levantamentos do estudo

revelam a eficácia a longo prazo de oferecer uma atenção primária nos hospitais públicos, visto que, com ela, pode-se evitar o agravamento de doenças, que exigiria maior gasto do Estado com tratamentos intensivos, além de evitar a discrepante desigualdade social ao garantir que mesmo aqueles que dependam somente do sistema público de saúde tenham os seus direitos básicos de vida e segurança cumpridos. A Venezuela, entretanto, ao deixar de investir no funcionamento necessário da rede pública de saúde e da atenção primária, fez com que suas gestantes de risco, ao chegarem em território brasileiro, apresentassem complicações que poderiam ter sido prevenidas no país de origem, acarretando, em vez da mobilização do governo venezuelano em protegê-las, a articulação dos setores brasileiros para a nova emergência de saúde pública do país.

Para que a proteção às gestantes venezuelanas no Brasil seja efetiva, é necessário reconhecer as singularidades não só da migração feminina, mas especialmente das características únicas da migração de mulheres grávidas. Somente assim será possível vincular efetivamente o município, estado e União para agir diretamente nas problemáticas que, mesmo no Brasil, ainda colocam essas venezuelanas em situações degradantes e não condizentes com os princípios constitucionais. Mapear quem são essas mulheres, em que abrigos ficarão, se terão o acompanhamento pré-natal no SUS, a alimentação necessária e até mesmo se ficarão em Roraima, se serão interiorizadas ou se voltarão para a Venezuela são questões que, quando respondidas, farão com que, além de números e estimativas, as gestantes venezuelanas passem a ser vistas como seres humanos detentores de direitos.

Referências bibliográficas

Objetivo 3. **Assegurar uma vida saudável para todos e todas, em todas as idades.** Nações Unidas Brasil, 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>>. Acesso em: 04 maio 2020.

MARTINE, George. **A globalização inacabada: migrações internacionais e pobreza no século 21.** São Paulo em perspectiva, v. 19, n. 3, p. 3-22, 2005.

NOGUEIRA, Camila. **As origens do Estado de Bem Estar Social segundo John Kenneth Galbraith.** Diário do Centro do Mundo, 2017. Disponível em: <<https://www.diariodocentrodomundo.com.br/as-origens-do-estado-de-bem-estar-socialsegundo-john-kenneth-galbraith-por-camila-nogueira/>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

LEVCOVITZ, E. ; Maria Helena Costa Couto. **Sistemas de Saúde na América Latina no Século XXI**. In: Roberto Passos Nogueira, José Paranaguá de Santanna. (Org.). Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas: estudos e análises 3. Tendências recentes das políticas sociais na América Latina. 1ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde - OPAS/OMS, 2018

BIANQUIN, Andréa Hopf. **As políticas de saúde na América Latina a partir da década de 90: um comparativo entre os sistemas de saúde argentino e brasileiro**. Rio Grande do Sul: Revista Sociais e Humanas, 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**, URSS, 1978.

OKIE, Susan. **Immigrants and health care-at the intersection of two broken systems**. New England Journal of Medicine, v. 357, n. 6, p. 525, 2007.

FIOCRUZ. **A história da saúde pública no Brasil - 500 anos na busca de soluções**. Youtube, 22 fev. 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=7ouSg6oNMe8&t=829s>> Acesso em: 06 abr. 2020.

RIBEIRO, Paulo Silvino. **O início das políticas públicas para a saúde no Brasil: da República Velha à Era Vargas**. Brasil Escola, [ca. 2010]. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/o-inicio-das-politicas-publicas-para-saude-nobrasil-republica.htm>>. Acesso em: 06 abr. 2020.

ABREU, Alzira. **Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)**, 2009. Disponível em <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-previdencia-social-inps>>. Acesso em: 05 maio 2020.

SAÚDE, Conselho Nacional de. **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. 2019. Disponível em <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>>. Acesso em 05 maio 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 95**, de 16 de dezembro de 2016. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>>. Acesso em 07 maio 2020.

Ocké-Reis, C. O. (2009). **A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS?** (No. 1376). Texto para Discussão.

NIÑO, José. **Um breve histórico da Venezuela:** da quarta população mais rica do mundo à atual mendicância. Mises Brasil, 2017. Disponível em: <<https://www.mises.org.br/Article.aspx?id=2687>>. Acesso em: 06 abr. 2020

OLMO, Guilherme. **O que mudou na Venezuela 20 anos após triunfo de Hugo Chávez.** BBC News Brasil, 2018. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/internacional46483717>>. Acesso em: 06 abr. 2020

VENEZUELA. **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.** Caracas, 1999. Disponível em: <<https://venezuela.justia.com/federales/constitucion-de-la-republica-bolivariana-devenezuela/titulo-iii/capitulo-v/#articulo-83>>. Acesso em: 07 abr. 2020

DA ROS, Marco Aurélio, et al. **Atenção primária em saúde na Venezuela:** misión barrio adentro I. Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

MEDICI, André. **Saúde na Venezuela:** Mais de uma Década de Oportunidades Perdidas.

PACIEVITCH, Thais. **História de Roraima.** Info Escola, 2011. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/historia/historia-de-roraima/>>. Acesso em: 18 jun 2020.

BRASIL, 1943. **Decreto-lei nº 5.812,** de 13 de setembro de 1943. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5812-13-setembro-1943-415787-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 18 jun 2020.

RORAIMA. **IBGE,** 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/panorama>>. Acesso em: 18 jun 2020.

PARACAIMA. **IBGE.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/pacaraima/panorama>>. Acesso em: 18 jun 2020.

VOCÊ sabe o que são os Caps e como eles funcionam? Fiocruz, 2018. Disponível em: <<http://www.fiotec.fiocruz.br/index.php/noticias/projetos/5324-voce-sabe-o-que-sao-os-caps-e-como-eles-funcionam>>. Acesso em: 22 jun 2020.

SISTEMA Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 22 jun 2020.

GOVERNO mede índice de desempenho do SUS (IDSUS). PRATTEIN, 2012. Disponível em: <http://prattein.com.br/home/index.php?option=com_content&view=article&id=231:governo-mede-indice-de-desenvolvimento-do-sus&catid=128:estudos-e-indicadores-sobre-saude&Itemid=221>. Acesso em 22 jun 2020.

FRANCO, Joel Levi Ferreira. **Indicadores demográficos e de saúde: a importância dos sistemas de informação.** UNA-SUS| UNIFESP,[data desconhecida], 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**: manual técnico. 2005.

DIAS, Ricardo Aubin. **A importância do pré-natal na atenção básica**. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Urgências e emergências maternas**: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2000.

RORAIMA. **Plano Estadual de Saúde: 2006-2019**. Governo do Estado de Roraima. Secretaria de Estado da Saúde de Roraima, 2016.

RELATÓRIO anual de epidemiologia de Roraima 2018. Governo do Estado de Roraima. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Geneva: WHO, 2015.

PLATAFORMA de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela. Disponível em: <<https://r4v.info/es/situations/platform>>. Acesso em: 02 jul 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.445**, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017.

RELATÓRIO Mundial 2019: Venezuela. Human Rights Watch, 2019. Disponível em: <<https://www.hrw.org/pt/world-report/2019/country-chapters/325542>>. Acesso em: 28 maio 2020.

VENEZUELA: números revelam crise de saúde. Human Rights Watch, 2018. Disponível em: <<https://www.hrw.org/pt/news/2018/11/15/324272>>. Acesso em 22 maio 2020.

RELATÓRIO Mundial 2016: Venezuela. Human Rights Watch, 2016. Disponível em: <<https://www.hrw.org/pt/world-report/2016/country-chapters/285040>>. Acesso em: 27 maio 2020.

VENEZUELA: Crise Humanitária Alastra-se para o Brasil. Human Rights Watch, 2017. Disponível em: <<https://www.hrw.org/pt/news/2017/04/18/302397>>. Acesso em: 26 maio 2020.

RORAIMA. **Decreto nº 22.199**, de 6 de dezembro de 2016. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN nos municípios de Pacaraima e Boa Vista em decorrência dos impactos ocasionados pelo intenso e constante fluxo migratório no Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. Página 3 do Diário Oficial do Estado de Roraima, 2016.

O êxodo venezuelano: a necessidade de uma resposta regional a uma crise imigratória sem precedentes. Human Rights Watch, 2018. Disponível em <<https://www.hrw.org/pt/report/2018/09/03/322156>>. Acesso em 11 maio 2020.

CORPI, Stephania. **O êxodo venezuelano que muda a face da América do Sul**. El País, 2019. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/11/08/internacional/1573170768_919898.html>. Acesso em 26 maio 2020.

ONU. **Relatório pede medidas imediatas para deter e remediar violações graves na Venezuela**. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2019/07/1679061>>. Acesso em 02 jul 2020.

UN REFUGEE AGENCY (UNHCR). **Global Trends: Forced Displacement in 2019**. 2020.