

Adriana Ilha da Silva
Ethel Leonor Noia Maciel
Ricardo Alexandre Arcêncio
(organização)

Migrantes no Brasil e no mundo

*pesquisas e desafios em saúde
e doenças infecciosas*



Adriana Ilha da Silva
Ethel Leonor Noia Maciel
Ricardo Alexandre Arcêncio
(organização)

Migrantes no Brasil e no mundo

*pesquisas e desafios em saúde
e doenças infecciosas*



**Universidade Federal
do Espírito Santo**



EDUFES
EDITORA

Editora Universitária – Edufes

Filiada à Associação Brasileira
das Editoras Universitárias (Abeu)

Av. Fernando Ferrari, 514
Campus de Goiabeiras
Vitória – ES · Brasil
CEP 29075-910

+55 (27) 4009-7852
edufes@ufes.br
www.edufes.ufes.br

Reitor

Eustáquio Vinicius Ribeiro de Castro

Vice-reitora

Sonia Lopes Victor

Chefe de Gabinete

Ana Paula Santana de Vasconcellos Bittencourt

Diretor da Edufes

Wilberth Salgueiro

Conselho Editorial

Ananias Francisco Dias Junior, Fátima Maria Silva,
Gleice Pereira, José André Lourenço, Margarete
Sacht Góes, Othon Souto Campos, Paulo Rogerio
Garcez de Moura, Rodrigo de Alvarenga Rosa,
Rogério Borges de Oliveira, Rosana Suemi
Tokumaru, Sandra Soares Della Fonte, Sergio Lins
de Azevedo Vaz, Telma Elita Juliano Valente

Secretaria do Conselho Editorial

Douglas Salomão

Administrativo

Josias Bravim, Washington Romão dos Santos

Seção de Edição e Revisão de Textos

Fernanda Scopel, George Vianna,
Jussara Rodrigues, Roberta Estefânia Soares

Seção de Design

Juliana Braga, Samira Bolonha Gomes

Seção de Livraria e Comercialização

Adriani Raimondi, Ana Paula Rubim,
Dominique Piazzarollo, Marcos de Alarcão,
Maria Augusta Postinghel

Produção Cultural

Déborah Pinto Corrêa



Este trabalho atende às determinações do Repositório Institucional do Sistema Integrado de Bibliotecas da Ufes e está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

Para ver uma cópia desta licença, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Preparação de texto

Jussara Rodrigues

Projeto gráfico, diagramação e capa

Samira Bolonha Gomes

Imagem de capa

Foto de Lesia and Serhii Artymovych
na Unsplash

Revisão de texto

Roberta Estefânia Soares

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Editora Universitária – Edufes, ES, Brasil)

M634 Migrantes no Brasil e no mundo [recurso eletrônico] : pesquisas e desafios em saúde e doenças infecciosas / Adriana Ilha da Silva, Ethel Eleonor Noia Maciel, Ricardo Alexandre Arcêncio (org.). - Dados eletrônicos. - Vitória, ES : Edufes, 2025.
296 p. : il. ; 23 cm.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-7772-648-6

Também publicado em formato impresso.

Modo de acesso: <https://repositorio.ufes.br/handle/10/774>

1. Migração. 2. Saúde coletiva. 3. Refugiados. I. Silva, Adriana Ilha da. II. Maciel, Ethel Eleonor Noia. III. Arcêncio, Ricardo Alexandre.

CDU: 314.15:614.4

Elaborado por Ana Paula de Souza Rubim – CRB-6 ES-000998/O

Esta obra foi composta com as famílias tipográficas
Barlow, Crimson Text e Montserrat.

Sumário

Apresentação 9

Ethel Leonor Noia Maciel

Parte 1

Uma introdução ao tema das migrações forçadas no Brasil 17

Sonia Vivian de Jesus · Ethel Leonor Noia Maciel

Epidemiologia crítica: breve histórico e definições 29

Yan Mathias Alves · Thaís Zamboni Berra · Antônio Carlos Vieira Ramos · Ricardo Alexandre Arcêncio

Parte 2

Aspectos sociais e direitos

Modelo de proteção social no Brasil: políticas integradoras dos migrantes enquanto sujeitos de direitos 61

Alexandre Tadashi Inomata Bruce · Ana Carolina Scarpel Moncaio · Fabiana Costa Machado Zacharias · Gilberto da Cruz Leal · José Nildo de Barros Silva Júnior · Leonora de Oliveira Teixeira · Luciana Aparecida Fabriz · Marcelo Vinicius Domingos Rodrigues dos Santos · Mariana Gaspar Botelho Funari de Faria · Melisane Regina Lima Ferreira · Mônica Cristina Ribeiro Alexandre D Auria de Lima · Paula Daniella de Abreu · Quézia Rosa Ferreira · Rafaela Oliveira Bonfim · Rubia Laine de Paula Andrade · Willie Otávio Bueno Bernardi · Yury Bitencourt da Costa · Aline Aparecida Monroe · Ione Carvalho Pinto · Ricardo Alexandre Arcêncio · Pedro Fredemir Palha · Jaqueline Garcia de Almeida Ballestero

Perspectivas interculturais para a abordagem do migrante em situação de vulnerabilidade social no Brasil. 85

Luana Carvalho de Oliveira · Cleber Tiago Cirineu · Regina Célia Fiorati

Mulheres em situação de imigração no Brasil: percepção dos gestores de saúde e das venezuelanas assistidas pelo SUS para tratamento de HIV e sífilis 105

Helaine Jacinta Salvador Mocelin · Fernanda Luíza Kill Alvim · Sonia Vivian de Jezus · Adriana Ilha da Silva · Ethel Leonor Noia Maciel

União entre órgãos municipais, estaduais e sociedade civil como estratégia de atenção à saúde do migrante internacional: a experiência de Manaus 121

Sonia Vivian de Jezus · Yan Mathias Alves · Vânia Maria Silva Araújo · Marvis Canelonez · Lara Bezerra de Oliveira · Daniel Sacramento · Jair Pinheiro · Ethel Leonor Noia Maciel · Ricardo Alexandre Arcêncio

Parte 3

Saúde pública e epidemiologia

A tuberculose em migrantes no estado de Roraima: um desafio para a gestão em saúde na fronteira entre Brasil e Venezuela . . . 133

Débora de Almeida Soares

Rotas migratórias da população venezuelana no Brasil: do território ao acesso de saúde 157

Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim · Helaine Jacinta Salvador Mocelin · Paula de Souza Silva Freitas

Translação de conhecimento: desafios para a assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas com ISTs no Brasil 171

Adriana Ilha da Silva · Mariana Pereira da Silva Araújo · Priscila Carminati Siqueira · Letícyia dos Santos Almeida Negri · Heletícia Scabelo Galavote · Carolina Maia Martins Sales · Ethel Leonor Noia Maciel

Estudo sobre as doenças tropicais negligenciadas na região da tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai 185

Filipa Mendes Oliveira · Marcos Augusto Moraes Arcoverde · Ricardo Alexandre Arcêncio · Inês Fronteira

Infecção por tuberculose e/ou HIV e fatores sociocomportamentais associados, num grupo de imigrantes, em Portugal 213

Rhaisa Farias da Silva · Inês Fronteira

Tuberculose e migração internacional: uma visão a partir da epidemiologia crítica 229

Sonia Vivian de Jesus · Yan Mathias Alves · Ricardo Alexandre Arcêncio · Adriana Ilha da Silva · Ethel Leonor Noia Maciel

**O enfrentamento da tuberculose em migrantes internacionais,
refugiados e solicitantes de refúgio: revisão de escopo237**

*Sonia Vivian de Jesus · Bárbara Juliana Pinheiro Borges · Felipe Mendes Delpino ·
Yan Mathias Alves · Adriana Ilha da Silva · Ethel Leonor Noia Maciel*

**A saúde das comunidades migrantes em Portugal: contribuições
para estratégias e políticas públicas253**

Sónia Dias · Maria João Marques · Filipa Rodrigues · Ana Gama

Sobre os autores273

Índice remissivo.287

Apresentação

Este livro, fruto de um trabalho coletivo, nasceu da nossa inquietação ao desenvolver o projeto de pesquisa “Tuberculose e migrantes nos países do Brics: o caso do Brasil”, financiado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo objetivo era fortalecer os cuidados contra a tuberculose e a infecção latente da tuberculose entre os imigrantes. Posteriormente, conduzimos um segundo estudo, financiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), intitulado “Estratégias para enfrentamento do HIV e sífilis nas mulheres venezuelanas em situação de migração no Brasil”. Esse estudo identificou e descreveu as barreiras enfrentadas pelas venezuelanas instaladas no Brasil no acesso ao serviço de saúde, especialmente para o diagnóstico e o tratamento do HIV e da sífilis.

Com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), no âmbito do Projeto Temático “Interação e efeito da pandemia por covid-19 no controle da Tuberculose no Estado de São Paulo: aspectos político-sociais, clínico-epidemiológicos e práticas inovadoras” (Processo nº 22/08510-7), a obra integra diferentes perspectivas científicas e institucionais, além de favorecer a produção de conhecimento crítico sobre os impactos da pandemia de covid-19 no enfrentamento da tuberculose, com atenção especial à situação de migrantes, refugiados e apátridas, grupos socialmente vulneráveis e fortemente afetados pela doença.

Deparamo-nos com um cenário desolador, no qual os imigrantes forçados no Brasil estavam inseridos. Embora exista um aumento inegável de informações e conhecimentos disponíveis sobre a migração global, assim como do interesse sobre

o tema entre a população e a cooperação internacional, impulsionado em parte por movimentos de migrantes em grande escala (incluindo refugiados e solicitantes de refúgio), ainda há pouca informação a respeito da saúde dos imigrantes no Brasil.

Este livro se propõe a preencher essa lacuna, sobretudo na área de doenças infecciosas, para que governos, organizações internacionais e outros atores que estão engajados em esforços contínuos para a melhoria da saúde desses indivíduos tenham uma base de evidências científicas nesse campo de conhecimento. Vale ressaltar que o Brasil ainda não tem uma política nacional para a consolidação de planos, programas e projetos destinados à população de migrantes, refugiados e apátridas que promova a prevenção e o controle de doenças infecciosas, muitas das quais estão relacionadas à pobreza e à falta de proteção social para esses cidadãos. Os capítulos refletem, portanto, a dedicação e o comprometimento de renomados especialistas, que mergulharam na complexidade desse fenômeno social, contribuindo significativamente para o entendimento e o aprimoramento das condições de vida das comunidades migrantes.

Os dois primeiros capítulos, que compõem a Parte 1, estabelecem uma base para a compreensão do tema. O primeiro, “Uma introdução ao tema das migrações forçadas no Brasil”, trata de forma abrangente os desafios enfrentados pelos imigrantes no contexto brasileiro, enfatizando a situação dos venezuelanos forçados a deixar seu país. O texto salienta os esforços da Operação Acolhida na recepção e abrigamento dessa população e a importância de ações governamentais articuladas para consolidar um acesso amplo à saúde, sobretudo na Atenção Primária.

Em seguida, “Epidemiologia crítica: breve histórico e definições” traz, além de alguns conceitos, uma parte da história da epidemiologia, defendendo a epidemiologia crítica como uma teoria profícua para fundamentar os estudos sobre o processo de adoecimento das populações vulneráveis. O capítulo apresenta ainda a análise espacial e suas principais técnicas, que permitem ao pesquisador identificar locais de maior ocorrência dos casos de uma doença e observar como sua distribuição varia. São também fornecidos exemplos de aplicação da análise espacial em diferentes estudos que avaliaram a incidência de tuberculose entre migrantes.

A Parte 2, Aspectos Sociais e de Direitos, ressalta a centralidade da proteção social e dos direitos humanos na experiência dos migrantes. O capítulo “Modelo de proteção social no Brasil” analisa de maneira crítica as políticas integradoras voltadas aos imigrantes como sujeitos de direitos, abordando as implicações práticas das

abordagens adotadas no país. A construção de iniciativas de proteção social a estrangeiros no âmbito de diferentes ministérios é detalhada historicamente, evidenciando-se a necessidade de conectar políticas sociais, de saúde, de previdência e de assistência social para uma efetiva redução das vulnerabilidades daqueles em situação de migração.

“Perspectivas interculturais para a abordagem do migrante em situação de vulnerabilidade social no Brasil” explora nuances envolvidas na migração de pessoas do sul global em situação de vulnerabilidade. O incremento dessa vulnerabilidade é contextualizado pelas questões de raça/cor, gênero, classe social, país de origem, com efeitos sobre a saúde, o corpo e a corporeidade dessas pessoas. Os autores apontam as iniquidades a que estão submetidos os povos subalternizados pela colonização e recorrem aos conceitos de amefricanidade e interseccionalidade para fundamentar a discussão sob a perspectiva da interculturalidade decolonial.

“Mulheres venezuelanas em situação de migração no Brasil” oferece uma perspectiva única no contexto de serviços públicos relacionados a HIV e sífilis, destacando e comparando as percepções tanto dos gestores de saúde quanto das mulheres assistidas. O estudo foi desenvolvido nas cidades de Boa Vista e Manaus e mostrou que, embora existam diferentes medidas e dispositivos de saúde para o atendimento dessas mulheres, elas ainda encontram alguns obstáculos nos serviços de saúde, relacionados a idioma, distância, acesso a exames, entre outros aspectos. A atenção básica aparece como fator fundamental para a proteção e o acolhimento das mulheres imigrantes pelo sistema público de saúde, que, segundo a literatura, estão mais vulneráveis a problemas associados à saúde sexual e reprodutiva.

O capítulo “União entre órgãos municipais, estaduais e sociedade civil como estratégia de atenção à saúde do migrante internacional: a experiência de Manaus” defende o papel fundamental da integração entre diversas instâncias promotoras de políticas públicas em prol da inclusão dos migrantes e da garantia de seus direitos humanos. Discorre-se, nesse sentido, sobre o plano desenvolvido no nível da Atenção Primária em Manaus, cujas ações e estratégias objetivaram enfrentar, com a colaboração entre diferentes atores sociais, os agravos à saúde dos venezuelanos imigrantes, sobretudo aqueles em situação de rua.

A Parte 3, Saúde Pública e Epidemiologia, aborda especificamente os desafios de saúde enfrentados pelos migrantes. “A tuberculose em migrantes no estado de Roraima” faz uma análise da situação em Roraima, a partir de dados regionais

socioeconômicos e de saúde. As dificuldades significativas para a gestão em saúde e o perfil epidemiológico da doença na região é traçado por meio de um estudo ecológico com foco na população venezuelana e na comparação das características de distribuição da tuberculose entre os imigrantes e os brasileiros no território roraimense.

“Rotas migratórias da população venezuelana no Brasil” entrevistou indígenas Warao sobre o motivo de sua vinda para Brasil, os modos de vida aqui e na Venezuela e o acesso à saúde. Os entrevistados eram residentes em abrigos de São Paulo, Curitiba, Manaus e Boa Vista. Verificou-se que a preparação das equipes de saúde e de assistência para lidar com as diferenças culturais — relacionadas, respectivamente, sobretudo ao idioma e à alimentação — é um desafio urgente para garantir o bem-estar dessa população. As dificuldades encontradas no campo do trabalho e da convivência nos abrigos são outros aspectos tratados no capítulo.

Em “Translação de conhecimento: desafios para a assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas com ISTs no Brasil”, fala-se de problemas específicos de acesso à saúde vividos pelos migrantes venezuelanos no contexto brasileiro. O estudo busca contribuir para a saúde coletiva, ao propor melhorias e reformulações nas ações e estratégias de combate do HIV entre mulheres migrantes em situação de rua ou abrigo no Brasil. As pesquisadoras identificaram o idioma, mais uma vez, como uma barreira importante para o acesso de qualidade à saúde.

O capítulo “Estudo sobre as doenças tropicais negligenciadas na região da tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai”, embora não aborde os migrantes de forma particular, detém-se sobre regiões de intensa mobilidade populacional entre países. Os dados coletados no capítulo, mediante revisão sistemática, permitiram a proposição de medidas de controle, prevenção e tratamento de doenças tropicais negligenciadas. Ressalta-se, em especial, a importância da cooperação das nações fronteiriças para o alcance de soluções efetivas.

“Infecção por tuberculose e/ou HIV e alguns fatores sociocomportamentais associados, num grupo de migrantes, em Portugal” aprofunda a análise da saúde de imigrantes em solo português. O estudo descreve a distribuição da tuberculose, do HIV e da coinfeção dessas doenças, assim como os fatores sociocomportamentais associados, em um grupo de imigrantes residentes na área metropolitana de Lisboa. Os resultados indicaram a necessidade de se implantarem políticas de saúde pública consistentes, focalizando dinâmicas específicas da população migrante, em razão da

influência deletéria de certos fatores sobre a saúde dos indivíduos, que vão de comportamento de risco a vulnerabilidade social.

“Tuberculose e migração internacional: uma visão a partir da epidemiologia crítica” amplia a compreensão da interseção entre migração internacional e tuberculose, refletindo criticamente sobre suas implicações epidemiológicas. Sob a perspectiva da epidemiologia crítica, o texto alerta que políticas públicas abrangentes, interculturais e intersetoriais, devem focar na prevenção e no tratamento da tuberculose e intervir sobre o contexto social de desigualdade de renda, precárias condições de moradia e acesso limitado a serviços de saúde, o qual contribui para a vulnerabilidade.

“O enfrentamento da tuberculose em migrantes internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio: revisão de escopo” sintetiza as estratégias adotadas e os desafios enfrentados no combate à tuberculose em populações migrantes, refugiados e solicitantes de refúgio. O estudo identificou a longa duração e a descontinuação do tratamento como barreiras para o enfrentamento da doença, além das vulnerabilidades sociais, como transporte, estigma, medo, situação irregular no país, cultura, crenças, idioma, prioridades concorrentes, autopercepção distorcida de saúde. Como facilitadores, estavam a triagem, a adoção do teste IGRA, o fornecimento de vale-transporte, profissionais de saúde comprometidos, horários de atendimento ampliados, a existência de locais alternativos para retirada de medicamentos, tratamentos diretamente observados, seja física, seja virtualmente, pessoas-chave na comunidade e a educação em saúde.

Finalmente, “A saúde das comunidades migrantes em Portugal” encerra este livro com uma discussão valiosa sobre estratégias e políticas públicas no contexto migratório português, destacando a importância de abordagens adaptadas às realidades específicas de cada país. As autoras defendem que a consideração dos determinantes e do contexto social das populações migrantes é uma atitude fundamental para a redução de desigualdades em saúde e que o desenvolvimento sustentável de parcerias e estratégias em saúde depende da busca de respostas adequadas a contextos, necessidades e recursos das comunidades imigrantes para melhorar a literacia em saúde e promover o acesso e a utilização dos serviços.

O livro mostra, portanto, a realidade de atenção à saúde dos imigrantes em áreas de fronteira ou já assentados no território, com atenção especial aos venezuelanos no Brasil, mas sem se furtar a abordar a questão dos migrantes em escala global.

As discussões incluem a identificação de barreiras e facilitadores para a implementação do controle de doenças infecciosas, levantamentos epidemiológicos, descrições de estudos sobre doenças, bem como propõem ações e estratégias em favor da saúde de imigrantes em situação de vulnerabilidade.

Ao leitor, desejo uma jornada enriquecedora no decorrer destas páginas. Que este livro sirva como uma fonte valiosa de conhecimento e inspiração para todos aqueles envolvidos na compreensão e na melhoria das condições de vida das comunidades migrantes. Convidamos você, leitor, a percorrer este caminho conosco. Boa leitura!

Ethel Leonor Noia Maciel

PARTE 1



Uma introdução ao tema das migrações forçadas no Brasil

Sonia Vivian de Jezus · Ethel Leonor Noia Maciel

O processo migratório é um fenômeno global, complexo e de grande magnitude, impulsionado por fatores socioeconômicos, políticos, ambientais, religiosos e por guerras (Abubakar *et al.*, 2018). Entre 2000 e 2020, o número de migrantes internacionais aumentou de 173 milhões para 281 milhões de pessoas, sendo 135 milhões de mulheres e 146 milhões de homens. Globalmente, em 2019, 169 milhões de trabalhadores eram imigrantes. Os dados mostram que, em 2022, comparativamente a 2020, houve aumentos de 26,4 para 35,3 milhões de refugiados e de 4,1 para 5,4 milhões de solicitantes de refúgio. No fim de março de 2023, os imigrantes venezuelanos, especificamente, eram mais de 7 milhões (McAuliffe; Triandafyllidou, 2021, 2024). Tal fenômeno tornou-se uma preocupação também para as Américas principalmente após o início da crise política e econômica na Venezuela, desencadeada por uma crise nacional do petróleo, o que motivou milhares de pessoas a se deslocarem.

Vale ressaltar que a Organização Internacional para as Migrações (OIM) tem apresentado dados mundiais sobre venezuelanos em relatórios separados dos demais, entendendo que se trata de um processo migratório envolvendo pessoas em situação de vulnerabilidade social extrema, mesmo que não solicitem a condição de refugiados e optem pelo *status* de migrante internacional, que é obtido com maior agilidade e permite acesso a trabalho, educação e serviços sociais.

Migrantes internacionais são, por definição, aqueles que escolheram viver no exterior, principalmente por motivações econômicas, podendo retornar ao seu país de origem com segurança se assim desejarem. Refugiados, por sua vez, são os que foram forçados a migrar para outros países devido a perseguições relacionadas a questões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um determinado grupo social ou opinião política, bem como à grave e generalizada violação de direitos humanos e a conflitos armados. Solicitantes de refúgio são pessoas que requereram a condição de refugiado e aguardam a deliberação do seu reconhecimento (Acnur, 2018).

A opção de alguns venezuelanos por entrar no Brasil sem regularizar sua situação, seja como migrante, seja como refugiado, implica estar sem documentação ou permissão para residir no país e sem a garantia de acesso a direitos básicos, o que aumenta a vulnerabilidade dessa população à exploração laboral e sexual, tráfico, violência, discriminação e xenofobia (Acnur, [2022]c; McAuliffe; Triandafyllidou, 2021).

O termo vulnerabilidade surge a partir do conceito de que, devido a determinadas características individuais, alguém está exposto a danos e fragilidades, associados a seus vínculos afetivo-relacionais e à desigualdade de acesso a bens e serviços. Ao se contrapor a esse paradigma estritamente biológico, a Organização Mundial da Saúde relaciona a vulnerabilidade aos determinantes sociais da saúde, vinculando a ocorrência de agravos à saúde às condições de vida e trabalho de uma população, aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais. Dificuldades na obtenção de moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego são consideradas fatores de risco públicos (Brasil, 2005).

Estudos sobre determinantes sociais da saúde apontam que existem abordagens e variações para sua compreensão que não se restringem às doenças geradas. Eles incluem outras dimensões do processo saúde-doença, convergentes com as características das migrações para o Brasil, um país receptor de migrantes e refugiados de diversas nacionalidades e que foi surpreendido com um fluxo de pessoas

em massa da Venezuela, decorrente de uma das maiores crises de deslocamento mundial (Acnur, [2022]c).

Entre 2010 e 2018, foram registrados cerca de 466 mil migrantes e refugiados, além de 116,4 mil solicitantes de refúgio no Brasil. Haitianos, venezuelanos e colombianos foram as três principais nacionalidades desse grupo, distribuído em 3.876 dos 5.568 municípios brasileiros (Cavalcanti; Oliveira; Macedo, 2019). De acordo com os dados disponibilizados pelo Sistema de Registro Nacional Migratório (Sismigra), a média de idade dos migrantes e refugiados, nesse mesmo período, foi de 37,1 anos (desvio padrão 13,67), e 7,7 % deles tinham mais de 65 anos (Brasil, [2020]b).

Nessa perspectiva, contrapondo o modelo de determinantes sociais da saúde apresentado pela OMS e construindo uma crítica à epidemiologia clássica, para este estudo, emergiu um modelo teórico da determinação social, alicerçado pela categoria classe social e pelo conceito de reprodução social e com interface para a *epidemiologia latino-americana*, conhecida como *epidemiologia social*. Esse modelo reconfigura os processos epidemiológicos em cada classe social a partir de elementos como *perfil reprodutivo*, *perfil de saúde-enfermidade* e *processo saúde-doença* (Breilh, 2006).

A migração venezuelana para o Brasil

Em 2022, o Brasil era o quinto país de escolha para migração pelos venezuelanos (Acnur, [2022]c). A maioria deles entrou no país pela fronteira norte, no estado de Roraima (RR), e se instalou nos municípios de Pacaraima e Boa Vista. Nessas cidades, havia onze abrigos oficiais administrados pelas Forças Armadas e pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (Acnur) em 2020, que abrigavam em torno de 6,3 mil pessoas, das quais 2,5 mil eram crianças e adolescentes. Houve, ainda, projeções das autoridades locais e das agências humanitárias que apontaram, em 2019, por volta de 1,5 mil venezuelanos em situação de rua na capital roraimense (Nações Unidas, 2020). Entre eles, cerca de 5 mil pertenciam às etnias indígenas Warao, Pemón, Eñepa, Kariña e Wayúu, em condições legais de refugiados ou solicitantes de refúgio (Acnur, [2021]).

Os Warao correspondiam a 65 % do total desses indígenas. Eles foram os primeiros a chegar e acampar pelas ruas de Roraima e Manaus. Na Venezuela, ocupavam

um território que se estende pelo estado de Delta Amacuro e por parte de Monagas e Sucre, no delta do Rio Orinoco, região nordeste do país (García-Castro, 2018). O Orinoco é o principal rio da Venezuela, percorrendo cerca de 2.140 quilômetros, e tem a terceira maior bacia hidrográfica do continente sul-americano, com aproximadamente 1 milhão de quilômetros quadrados (Builes-Jaramillo *et al.*, 2024; Silva León, 2005).

Assim como outros povos indígenas, os Warao têm uma forte relação com a natureza, são ribeirinhos, “[...] suas casas tradicionais são palafitas construídas com troncos de árvores e cobertas com folhas de palmeiras, interligadas por pontes ou passarelas” (Acnur, [2021], p. 13). Sobrevivem de atividades tradicionalmente realizadas nas margens fluviais, marítimas e regiões úmidas, bem como do artesanato e da agricultura de subsistência.

[...] os Warao estariam divididos em quatro subgrupos, ocupando áreas específicas do delta, conforme suas práticas culturais e de subsistência. No noroeste, ficavam aqueles que praticavam o extrativismo do buriti, a pesca e fabricavam canoas; no nordeste, nas áreas de mangues e pântanos, viviam os coletores e pescadores; no sudoeste, aqueles que, além do extrativismo do buriti, cultivavam mandioca e milho; e, no sudeste, os que viviam da caça e da pesca (Acnur, [2021], p. 14).

Na divisão do trabalho entre homens e mulheres, os papéis são bem definidos. Os homens caçam, pescam, fazem construções, preparam a terra para o plantio e obtêm matéria-prima para o artesanato. As mulheres são responsáveis pelo cuidado dos filhos, trabalho doméstico, produção e venda do artesanato, plantio, entre outras tarefas (Acnur, [2021]).

Com o deslocamento das mulheres até os grandes centros venezuelanos para a venda do artesanato, muitas vezes acompanhadas de seus filhos, surgiu a prática da mendicância, considerada uma forma de trabalho por essa população. O mesmo fenômeno vem ocorrendo no Brasil devido à dificuldade de inserção dos homens no mercado de trabalho, fazendo com que as mulheres se tornem provedoras do sustento da família (Acnur, [2021]).

Ressalta-se que os processos culturais dos Warao, assim como os das demais populações indígenas, foram construídos ao longo dos séculos, antes mesmo da

colonização. Seus costumes, línguas e crenças são preservados depois que saem de suas comunidades à procura de melhores condições de vida. O mesmo ocorre com as questões da espiritualidade: eles buscam na religião respostas ainda não encontradas e amparam-se em crenças para compreender os fatos cotidianos, associando acontecimentos negativos a castigos divinos e bruxarias (García-Castro, 2018).

Em 2018, para assegurar a assistência humanitária a essa população chegada majoritariamente no ano anterior, o governo federal brasileiro implantou a Operação Acolhida (Brasil, [2020]b).

Operação Acolhida

Entabulada pelo Ministério da Cidadania, pelas Forças Armadas Brasileiras e pelo Acnur, a Operação Acolhida se responsabilizou pelo acolhimento, assistência, logística, documentação, direcionamento à saúde e interiorização dos venezuelanos. Organizou-se em três eixos: 1) ordenamento da fronteira (documentação, vacinação e operação controle do Exército Brasileiro); 2) acolhimento (oferta de abrigo, de alimentação e atenção à saúde); 3) interiorização (deslocamento voluntário de imigrantes e refugiados venezuelanos de Roraima para outras unidades da Federação, com o objetivo de inclusão socioeconômica) (Brasil, [2021]).

Os venezuelanos recém-chegados a Roraima eram encaminhados para o Posto de Acolhimento e Identificação, controlado pela Polícia Federal, que organizava o fluxo migratório, emitia os documentos e, posteriormente, direcionava-os para um dos onze abrigos no Brasil. Todos aqueles que passaram pela Polícia Federal foram registrados no Sistema de Registro Nacional Migratório (Sismigra) e receberam seus documentos de graça. Porém, mesmo com todos os esforços, devido à migração massiva, muitos venezuelanos permaneciam nas ruas ou em abrigos provisórios administrados pela operação de acolhimento em associação com o Acnur. Outros buscavam alternativas para a emissão de documentos, não solicitando a condição de refugiado ou pagando por documentos falsos (Acnur, [2022]a; Brasil, [2020]b).

Aqueles que obtinham documentação na condição de refugiados eram conduzidos para o processo de interiorização, com o apoio do Acnur, que desempenha

um papel fundamental na identificação, monitoramento e referenciamento das pessoas interessadas no reconhecimento de sua condição de refugiado e daquelas que estão em situação de vulnerabilidade e necessitam de ações de proteção mais específicas. Além disso, a Operação Acolhida assegura os processos de registro, gestão dos abrigos, pré-embarque, destino e articula as ações entre os diferentes setores para facilitar o processo de integração local (Acnur, [2022]b).

A interiorização é dividida em quatro modalidades: 1) institucional; 2) reunificação familiar; 3) reunião social; e 4) vaga de emprego sinalizada (Acnur, [2022]b). A modalidade *institucional* é direcionada aos venezuelanos abrigados em Roraima que manifestaram a vontade de interiorizar-se e aguardam abrigo em outra cidade. A *reunificação familiar* é voltada para aqueles que queiram ser direcionados aos familiares fora de Roraima e do Amazonas com parentesco comprovado e que possuam condições financeiras e sociais de recebê-los. A *reunião social* consiste no direcionamento para as cidades onde têm amigos e/ou conhecidos com condições comprovadas para recebê-los. E, por último, na modalidade *vaga de emprego sinalizada*, estão inclusos aqueles que serão contratados por empresas (Acnur, [2022]b).

Desde o início do processo de interiorização até junho de 2022, mais de 78 mil venezuelanos foram interiorizados, e, entre os estados que mais receberam imigrantes, estão Santa Catarina (14.134), Paraná (13.631), Rio Grande do Sul (11.821), São Paulo (10.526) e Amazonas (5.286) (Brasil, 2022).

Amparo à saúde dos migrantes internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio no Brasil

Ainda que seja garantido por lei, o direito à saúde é um grande desafio a ser alcançado. Apesar dos esforços brasileiros para o acolhimento dos migrantes e refugiados, diversas barreiras impedem o acesso deles aos serviços de saúde, tornando-os mais suscetíveis a determinadas doenças, como as infectocontagiosas, entre as quais se listam a tuberculose, o HIV e a sífilis (Abubakar *et al.*, 2018).

Para as cidades brasileiras que recebem migrantes internacionais, o maior desafio é garantir o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), seus programas e estratégias, principalmente estimulando a busca pela Atenção Primária à Saúde (APS), que

é a porta de entrada para o atendimento à saúde no Brasil e a estratégia responsável pelas ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças (Brasil, 1990).

No que tange à saúde dos migrantes e refugiados no Brasil, o amparo é assegurado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, que garante o acesso à saúde pública para todos que estão em território brasileiro, e pela Lei de Migração, que dispõe sobre os direitos e os deveres do imigrante (Brasil, 2013, 2017).

Sabe-se que a APS tem o papel de equilibrar a oferta de ações em conformidade com as demandas de saúde da população. Sob essa ótica, os sistemas de saúde aumentam sua capacidade resolutive e tornam-se mais eficientes e igualitários, possibilitando, por exemplo, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de doenças infectocontagiosas, por meio de medidas de controle nos territórios, da busca ativa na comunidade e do acompanhamento longitudinal dos casos (Cardoso *et al.*, 2013; Ferrer *et al.*, 2014; Macinko *et al.*, 2007).

Embora não se tenha um modelo único, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) recomenda que o sistema organizacional de saúde seja fundamentado na lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenada pela APS (Pan American Health Organization, 2011).

Segundo Mendes (2011), um conjunto de características é fundamental para o correto funcionamento das RAS: 1) população e territórios bem definidos, considerando que o amplo conhecimento das necessidades locais é determinante na oferta de serviços de saúde; 2) APS como porta de entrada, integrando e coordenando o cuidado; 3) Sistema de Apoio, composto por sistemas de diagnóstico e tratamento, sistemas de informação e sistemas de teleassistência; 4) Sistema Logístico, responsável pelo registro eletrônico, sistemas de acesso e regulação e sistemas de transporte; e 5) Sistema de Governança, criado com o propósito de instituir uma missão, visão e estratégias únicas para os serviços de saúde que compõem as RAS (Mendes, 2011; Pan American Health Organization, 2011).

Manaus foi a primeira cidade no país a desenvolver um plano de ação para a saúde dos imigrantes, uma intervenção elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde (Semsu). Inicialmente, o plano foi voltado para as famílias indígenas da etnia Warao, que foram os primeiros venezuelanos a migrar para a capital, no início de 2017, e encontravam-se em situação de rua. Ele propunha ações e estratégias de enfrentamento dos agravos em saúde no nível de Atenção Primária (Manaus, 2017).

A importância desse plano vale ser ressaltada, pois ele pode servir como base para a implantação de novas políticas públicas no Brasil.

Ao analisar a execução do plano, os profissionais de saúde reconheceram sua importância e relataram terem sido treinados para prestar assistência aos venezuelanos e detectar doenças como tuberculose, HIV, diabetes, entre outras. Porém, os Warao citaram inúmeras dificuldades no processo de adaptação em Manaus, incluindo preconceito, estigmas e barreira linguística, por falarem seu próprio idioma, que a população local não compreende, e denunciaram a superlotação dos abrigos oferecidos pela prefeitura e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à distância dessas moradias.

Diante disso, os países receptores de migrantes e refugiados têm a responsabilidade de lhes oferecer acesso a métodos diagnósticos e tratamento adequados, além de atender suas necessidades específicas de saúde em consonância com as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, estabelecidas pela Assembleia Geral das Nações Unidas.

Considerações finais

Estudos sobre agravos em saúde em populações de imigrantes, refugiados e solicitantes de refúgio no Brasil são escassos. É importante que mais pesquisas sejam desenvolvidas levando em conta as particularidades dos processos migratórios ocorridos no Brasil e as relações da doença com a pobreza. Cabe lembrar que o país ainda não tem uma política nacional para a consolidação de planos, programas e projetos destinados à população de imigrantes, refugiados e solicitantes de refúgio que promovam proteção social para esses cidadãos (United Nations, 2019).

Além disso, estudos que se debruçam sobre iniciativas como o plano de atenção à saúde dos migrantes desenvolvido em Manaus devem ser realizados. Ele pode servir de modelo para outros municípios e ser aprimorado para que todos os migrantes e refugiados tenham igual acesso à saúde efetiva e universal, conforme prevê a legislação que regulamenta o SUS, especialmente considerando os processos culturais e a importância da interculturalidade.

Referências

- ABUBAKAR, I. *et al.* The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. **The Lancet**, v. 392, n. 10164, p. 2606–2654, 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32114-7](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32114-7). Acesso em: 22 dez. 2018.
- ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Entrada e regularização migratória de venezuelanos no Brasil**. [2022]a. Disponível em: <https://help.unhcr.org/brazil/informativos-para/populacao-venezuelana/regularizacao-documental-venezuelanos/>. Acesso em: 5 jun. 2022.
- ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Os Warao no Brasil**: contribuições da antropologia para a proteção de indígenas refugiados e migrantes. [2021]. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/wp-content/uploads/2021/04/WEB-Os-Warao-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 27 maio 2021.
- ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Programa de interiorização**. [2022]b. Disponível em: <https://help.unhcr.org/brazil/informativo-para-a-populacao-venezuelana/programa-de-interiorizacao/>. Acesso em: 5 jun. 2022.
- ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Protegendo refugiados no Brasil e no mundo**. [2018]. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/media/protegendo-refugiados-no-brasil-e-no-mundo-2018>. Acesso em: 26 mar. 2020.
- ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Venezuela**. Brasília, [2022]c. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/emergencias/venezuela>. Acesso em: 6 jul. 2022.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 76/2013, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/1994. 40. ed. com índice. Brasília: Centro de Documentação e Informação, 2013.
- BRASIL. Governo Federal. **Operação Acolhida**. [2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/operacao-acolhida>. Acesso em: 27 maio 2021.

- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 29 jan. 2025.
- BRASIL. **Lei nº 13.455, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Brasília: Presidência da República, 24 maio 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm. Acesso em: 29 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Cidadania. **Estratégia de interiorização**. [2022]. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/painel-interiorizacao/>. Acesso em: 6 jul. 2022.
- BRASIL. Ministério da Defesa. **Operação Acolhida**. [2020]a. Disponível em: <https://www.gov.br/defesa/pt-br/assuntos/exercicios-e-operacoes/acoes-humanitarias/operacao-acolhida>. Acesso em: 8 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Portal de Imigração. **Sismigra**. [2020]b. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados/microdados/1733-obmigra/dados/microdados/401205-sismigra>. Acesso em: 8 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**: norma operacional básica NOB/SUAS. Brasília, 2005. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/1034>. Acesso em: 29 jan. 2025.
- BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- BUILES-JARAMILLO, A. *et al*. Orinoco revisited: comprehensive analysis of the Orinoco River basin present and future hydroclimate. **Atmósfera**, México, v. 38, p. 641-657, 2024. Disponível em: <https://www.revistascca.unam.mx/atm/index.php/atm/article/view/53359>. Acesso em: 29 jan. 2025.
- CARDOSO, C. S. *et al*. Contribuição das internações por condições sensíveis à Atenção Primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 34, n. 4, p. 227-234, 2013.

- CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. (org.). **Imigração e refúgio no Brasil**: a inserção de migrantes, solicitantes de refúgio e refugiados no mercado de trabalho. Relatório anual 2019. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília: OBMigra, 2019. (Série Migrações).
- FERRER, G. C. N. *et al.* A carga de doença por tuberculose no estado de Santa Catarina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 40, n. 1, p. 61-68, 2014.
- GARCÍA-CASTRO, A. A. Los Warao en Brasil son refugiados, no inmigrantes: cuestiones etnológicas y etnohistóricas. **Périplos**: revista de estudos sobre migrações, v. 2, n. 2, p. 32-55, 2018. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/obmigra_periplos/article/view/25456. Acesso em: 27 maio 2021.
- MACINKO, J. *et al.* La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2/3, p. 73-84, 2007.
- MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de ação**: ações de saúde na Atenção Primária aos indígenas venezuelanos em situação de rua e em condição de abrigo em Manaus. Manaus: Semsu, 2017.
- MCAULIFFE, M.; TRIANDAFYLLIDOU, A. (ed.). **World migration report 2022**. Geneva: International Organization for Migration, 2021. Disponível em: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789292680763>. Acesso em: 25 jan. 2025.
- MCAULIFFE, M.; TRIANDAFYLLIDOU, A. (ed.). **World migration report 2024**. Geneva: International Organization for Migration, 2024. Disponível em: <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd1496/files/documents/2024-05/world-migration-report-2024.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2025.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011.
- NAÇÕES UNIDAS. **Coronavírus e refugiados**: o que o Acnur está fazendo no Brasil e no mundo. 31 mar. 2020. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/85395-coronavirus-e-refugiados-o-que-o-acnur-esta-fazendo-no-brasil-e-no-mundo>. Acesso em: 30 jan. 2025.

- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas.** Washington: PAHO, 2011.
- SILVA LÉON, G. La cuenca del río Orinoco: visión hidrográfica y balance hídrico. **Revista Geográfica Venezolana**, Mérida, v. 46, n. 1, p. 57-108, 2005.
- UNITED NATIONS. **Political declaration of the UN General-Assembly High-Level Meeting on the fight against tuberculosis.** 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/political-declaration-of-the-un-general-assembly-high-level-meeting-on-the-fight-against-tuberculosis>. Acesso em: 25 jan. 2025.

Epidemiologia crítica: breve histórico e definições

Yan Mathias Alves · Thaís Zamboni Berra · Antônio Carlos Vieira Ramos ·
Ricardo Alexandre Arcêncio

A palavra “epidemiologia” vem do grego *epí* (sobre) + *dêmos* (população) + *logía* (estudo) e pode ser definida como a

ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (Rouquayrol; Goldbaum, 2003).

É válido destacar que, desde os tempos mais remotos, Hipócrates (460 a.C.-370 a.C.) já utilizava certo conhecimento de epidemiologia para promover mudanças

no estilo de vida das pessoas na Grécia Antiga. O equilíbrio das pessoas com o meio era visto como um fator preponderante para a qualidade de vida e o bem-estar da coletividade e, em sua obra *Dos ares, águas e lugares*, foi considerado fundamental para o desenvolvimento humano e para a saúde (Cairus, 2005). Nesse sentido, Hipócrates já relacionava os fenômenos climáticos, como o inverno, com as síndromes gripais.

Ao avançar um pouco na história, na Idade Média, a concepção e representação dos fenômenos saúde-doença passaram a ser explicados pelo campo mágico-religioso. A doença era vista como uma purificação divina, e manifestava-se quando havia impurezas na alma. Portanto, cabia às pessoas acometidas respeitarem as designações divinas.

Foi somente após o Renascimento, e mais especialmente no Iluminismo, que a epidemiologia ganhou força, graças ao advento de uma nova racionalidade, que tinha o conhecimento científico no centro de seus ideais. Novas formas de representação social da saúde-doença foram se conformando, dando assim contornos mais modernos à epidemiologia. Nesse período, destaca-se a descoberta dos “animalcules”, inimigos da natureza do corpo. O termo foi cunhado por Leeuwenhoek (1632-1723), que enfatizava a importância do estudo e da compreensão do papel dos microrganismos, especialmente bactérias e protozoários, na saúde humana.

Na sequência, com a Revolução Industrial, diante de um novo modo de organização do trabalho e de produção econômica, surgiram vozes importantes que passaram a denunciar as condições insalubres instaladas nos setores fabris entre os trabalhadores. Expôs-se a diferença de até vinte anos de expectativa de vida entre os que operavam, à época, as fornalhas das siderúrgicas e aqueles que assumiam cargos administrativos. Assim, emergiram figuras emblemáticas, como Villermé, na França, e Engels, na Inglaterra, que sinalizaram as disparidades na saúde-doença dos trabalhadores. O material produzido por eles foi (e ainda é) um rico substrato para inspirar movimentos de luta por melhores condições de trabalho.

Ainda nesse movimento de transcendência da construção da epidemiologia, nunca é demais lembrar de John Snow, médico inglês que ganhou notoriedade ao realizar um belíssimo estudo, ainda em meados do século XIX, evidenciando a relação dos pontos de captação de água na velha Londres com os quadros de morbimortalidade da população por cólera. Na cartografia de Snow, ficava evidenciada a discrepância entre as classes mais favorecidas, que eram abastecidas por água de melhor

qualidade (antes do Rio Tâmisa passar pela cidade), e aqueles que moravam na baixa do rio e dispunham de água de pior qualidade. Essa análise espacial da antiga Londres é um dos primeiros estudos de epidemiologia de que se tem conhecimento, e seu autor é considerado o “pai da epidemiologia”.

Contemporâneo de Snow, Rudolf Virchow, médico e patologista alemão, relacionou as condições de vida a processos de adoecimento. Ele defendia a ideia de que uma intervenção sanitária eficaz requer o conhecimento sobre os movimentos distributivos dos casos e sobre as características dos indivíduos doentes, bem como sobre o local e o tempo de ocorrência desses casos. Virchow considerava que os indivíduos não eram iguais perante os processos de adoecimento e que certas condições “anormais” de vida eram determinantes para a saúde. A importância dos estudos desse autor na chamada “transição dialética” da concepção ambiental-social para a unicausalidade microbiana fez Virchow ser considerado o pai da medicina social, que proporciona os fundamentos para a epidemiologia social (Ramos *et al.*, 2016).

A associação entre os estudos epidemiológicos e os fatores sociais, econômicos, culturais e demográficos, delineada em toda a segunda metade do século XIX e início do século XX, que buscava explicar os padrões populacionais de distribuição das doenças, entrou em declínio, permitindo a hegemonia das teorias de unicausalidade (Ramos *et al.*, 2016, p. 223).

Como exemplo do advento da unicausalidade, os resultados dos estudos de Snow apontaram a relação entre o aumento da ocorrência de cólera em trabalhadores e a pequena dimensão das moradias nos bairros proletários, que obrigava pessoas sãs e doentes a se alimentarem no mesmo espaço. Tais achados, somados às descobertas de Pasteur e Koch entre 1860 a 1890, as quais forneceram as provas microbiológicas, consolidaram modelos que explicam o processo saúde-doença por uma relação biológica e monocausal, influenciando de forma direta a epidemiologia (Ramos *et al.*, 2016).

No século XX, a multicausalidade, de influência positivista, substituiu a unicausalidade na explicação das doenças, incluindo, além dos micróbios, a carência física, alimentar e educacional. A teoria da multicausalidade considerava ainda aspectos relativos à organização da sociedade e à cultura, embora não os visse como fatores determinantes na produção de doenças (Ramos *et al.*, 2016). A tríade ecológica

de Leavell e Clark (hospedeiro, agente, meio) é exemplo de um modelo de explicação da multicausalidade que incorpora a participação dos fatores sociais à causa de doenças apenas no plano instrumental, sem articulá-los de forma coerente com as demais causas identificadas, o que está frequentemente associado à chamada epidemiologia dos fatores de risco (Barata, 2000).

O modelo multicausal manteve-se hegemônico durante boa parte do século XX, explicado, entre outros aspectos, pela filosofia positivista que imperava nos países ocidentais no período. A retomada da dimensão social da saúde veio a ocorrer só em 1948, com a Organização Mundial da Saúde (OMS) definindo a saúde como “[...] o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças” (Ramos *et al.*, 2016; Segre; Ferraz, 1997; World Health Organization, 1946, p. 1).

A renovação do interesse pelas explicações sociais do processo saúde-doença a partir da segunda metade do século XX foi motivada, principalmente, pela influência das transformações sociais derivadas da emergência dos movimentos políticos que lutavam pela garantia dos direitos civis, pelo fortalecimento da perspectiva crítica e pela “[...] valorização do contexto sociocultural e político na determinação dos comportamentos humanos” (Barata, 2005, p. 10).

Mudanças no plano teórico das investigações epidemiológicas começaram a se consolidar a partir da década de 1970, especificamente na América Latina, na busca da construção de um modelo de causalidade centrado na determinação social da doença, como uma tentativa de superar o referencial teórico-positivista da epidemiologia clássica ou convencional, hegemônico nos países centrais (Breilh, 1990; Castiel; Rivera, 1985; Donnangelo; Pereira, 1979; Laurell, 1976).

Verificou-se que a situação de miséria ou exclusão social de grande parte das populações, especialmente latino-americanas, caracterizada por exposições ambientais bastante adversas, resulta em impactos negativos sobre a saúde mais intensos do que aqueles que afetam pessoas não acometidas por privação material. Para tratar desse problema, alguns estudiosos defendem a necessidade de adotar um sistema apoiado sobre vários pontos de vista, combinando elementos materiais e imateriais, variáveis individuais e coletivas, na elucidação do ordenamento das características pessoais (Macleod; Smith, 2003; Marmot, 2002; Ramos *et al.*, 2016).

Os estudos que privilegiam temáticas da saúde coletiva, em geral, estão interessados em investigar o modo pelo qual as condições sociais influenciam e determinam

o processo saúde-doença das populações, o que tem gerado uma forte articulação entre a epidemiologia e as ciências sociais. Assim se constrói um ramo denominado, por alguns estudiosos, “epidemiologia social” (Barata, 2005) e, por outros, “epidemiologia crítica” (Breilh, 2006). Para o presente capítulo, serão adotados o termo epidemiologia crítica e o referencial de Breilh (2006).

A teoria da produção social da doença, que fundamenta a epidemiologia crítica, está filiada ao materialismo histórico e dialético, tendo como conceito fundante a reprodução social. Adota modelos que explicitam os elementos políticos, econômicos e sociais na classificação da saúde e dos agravos e na identificação dos aspectos que protegem ou prejudicam a saúde presentes na organização social (Breilh, 2006). Esse foco sobre a influência da sociedade e dos diferentes modos de organização social na saúde e no bem-estar dos indivíduos e dos grupos sociais possibilita a incorporação de experiências societárias na compreensão de como, onde e por que se dão as desigualdades na saúde (Breilh, 2006; Barata, 2005; Ramos *et al.*, 2016).

A epidemiologia crítica se distingue de outras abordagens epidemiológicas pela tenacidade em investigar, categoricamente, os determinantes sociais do processo saúde-doença. De acordo com Breilh (2006), é impossível compreender os grupos sem estudar os modos de vida, os quais dependem dos movimentos históricos, da viabilidade, de avanços e retrocessos no sistema de acumulação econômica, ainda que os integrantes de uma classe social possam desencadear processos de ruptura, aproveitando a margem de autonomia relativa e as brechas deixadas pela estrutura de poder.

Ainda segundo Breilh (2006), no espaço individual e familiar, as pessoas constroem suas vidas e, com o tempo, organizam seus próprios estilos, que, por sua vez, se incluem no marco dos modos de viver grupais. Nesses modos, geram-se regimes destrutivos e protetores da saúde que, em última instância, condicionam o desenvolvimento de fenótipos e genótipos das pessoas, seja pelos processos protetores (suportes e defesas fisiológicas, físicas e psicológicas), seja por alterações e transtornos (fisiológicos, psicológicos ou decorrentes de vulnerabilidades), os quais constituem um conjunto multidimensional de processos da vida.

Na epidemiologia crítica, a saúde é compreendida em três dimensões: da perspectiva ontológica (do ser saúde, da materialização e paisagem dos territórios); epistemológica (epistemologias integrativas/interculturais e produção de conhecimento para e pelos territórios); e da práxis, das ações e serviços desenvolvidos dentro desses

territórios, das articulações em setores no sentido de satisfação de necessidades de saúde que emergem no caminhar da vida, das expressões nesses territórios e lócus de intervenção dos serviços de saúde (Breilh, 2006).

Para Breilh (2006), as necessidades de saúde às vezes são definidas numa perspectiva objetiva, em que se determinam as necessidades humanas básicas e se apresenta um elenco de serviços para atendê-las. Tal perspectiva ganha vigor numa interpretação positivista da saúde, ou cartesiana, típica do neoliberalismo, ou dentro de um relativismo cultural e uma intersubjetividade, em que essas necessidades de saúde se delineiam com base nas aspirações, na cultura, na visão utópica, na ideologia e nas expectativas das populações adscritas aos territórios.

Frente ao exposto, fica evidente a importância da epidemiologia crítica, para a qual a compreensão da dinâmica do território inclui aspectos históricos, sociais, políticos e econômicos e é de suma importância para a identificação dos determinantes sociais do processo saúde-doença das populações, sobretudo aquelas em situação de vulnerabilidade social.

Nesse sentido, uma ferramenta da saúde coletiva, especificamente da epidemiologia, que pode captar a dinamicidade dos territórios é a análise espacial. As seções subsequentes irão abordar as definições e aplicações desse tipo de análise na saúde coletiva, com foco no tema tuberculose e migrantes internacionais, os quais estão mais sujeitos a doenças infecciosas devido a exposições patogênicas ou ambientais ao longo das rotas de trânsito, formas de transporte, xenofobia e preconceito.

Análise espacial em saúde pública

Nas últimas décadas, dentro da saúde pública global, vêm sendo discutidas e experimentadas abordagens em que a localização espacial de casos e agravos de interesse tem se destacado (Carvalho; Souza-Santos, 2005). Existem diversas técnicas para verificar aspectos geográficos aos quais pode estar relacionado o acesso a serviços de saúde. Ao analisar a distribuição geográfica de uma população, é possível buscar soluções que ultrapassem os fatores socioeconômicos para encontrar os “nós críticos” da sociedade e colaborar com discussões a respeito da equidade.

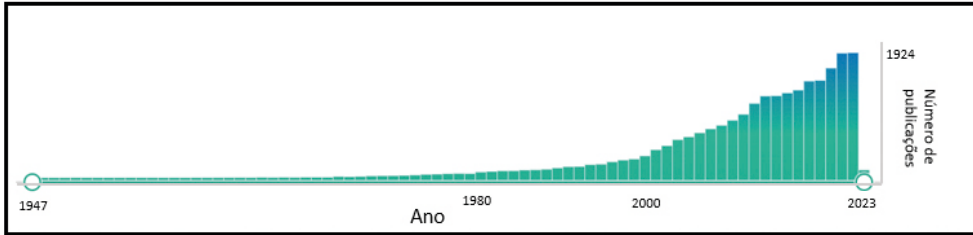
De modo geral, a análise espacial pode ser empregada em diversos ramos do conhecimento, como nas análises ambientais e climáticas. Pensando na saúde coletiva, seus métodos vêm sendo utilizados principalmente em estudos ecológicos com o propósito de detectar aglomerados espaciais e/ou espaçotemporais de risco para determinados agravos. Os resultados são utilizados para o planejamento e a avaliação do uso de serviços de saúde, auxiliando nas tomadas de decisão ao elencar áreas prioritárias para o combate das doenças, em termos tanto de vigilância epidemiológica quanto de controle, para evitar o aparecimento de novos casos (Bailey, 2001; Carvalho; Souza-Santos, 2005; Elliott, Wartenberg, 2004).

Com o passar dos anos, as técnicas de análise espacial tornaram-se cada vez mais avançadas e, ao contrário do que ocorreu logo que surgiram, hoje existem muitos *softwares* gratuitos, de código aberto, disponíveis para a realização de diversos tipos de análise. Tal fato contribuiu para o aumento do número de estudos que utilizam abordagens espaciais.

Além disso, as técnicas de análise espacial podem ser utilizadas para o estudo da difusão dos agravos, ou seja, para verificar como os aglomerados avançaram ou se modificaram ao longo do tempo, e para a investigação dos fatores relacionados a essa difusão. Nesse aspecto, são técnicas muito úteis nas pesquisas sobre doenças, principalmente as transmitidas por vetores, como a zika e a leishmaniose (Chiara-valloti-Neto, 2016). Mais recentemente, muitos estudos de análise espacial foram desenvolvidos conforme os casos de covid-19 eram diagnosticados em todo o mundo, com o objetivo de compreender como se deu a dinâmica de infecção pelo novo vírus e a evolução da pandemia.

A partir de uma busca realizada com o descritor “*spatial analysis*” na base de dados PubMed, um dos principais repositórios de artigos científicos da área da saúde, é possível notar a quantidade crescente de artigos usando o descritor citado. A Figura 1 apresenta a série histórica do número de publicações relacionadas ao tema análise espacial.

Figura 1 – Série histórica do número de publicações indexadas na base de dados PubMed utilizando o descritor “*spatial analysis*” (1947-2023)



Fonte: adaptado de National Library of Medicine (2023).

Observa-se que esse aumento começa a se manifestar a partir da década de 1980, período concomitante ao surgimento dos sistemas de informação geográfica (SIGs). Ele se torna mais acentuado a partir dos anos 2000, com a chegada dos primeiros *softwares* gratuitos para análise espacial (TerraView e QGIS, por exemplo), quando o acesso aos SIGs para fins acadêmicos e para uso pelos próprios sistemas de saúde se torna mais viável. Além disso, merece destaque o crescimento no número de publicações entre os anos de 2020 e 2022, que teve relação direta com a pandemia de covid-19, quando havia a necessidade de conhecer mais sobre o comportamento dessa doença e determinar áreas críticas.

A análise espacial utiliza técnicas estatísticas aplicadas a dados epidemiológicos especialmente nas análises com foco na saúde pública, com o objetivo de verificar a distribuição geográfica dos casos, o que pode revelar alguma dependência espacial na ocorrência de doenças. Esse fenômeno está relacionado com a primeira lei da geografia, que afirma que os fenômenos, quanto mais próximos entre si, mais tendem a se parecer (Chiaravalloti-Neto, 2016). Por exemplo, se há ocorrência de casos de tuberculose em uma área específica de um município, é de se esperar que nas áreas próximas também existam casos do mesmo agravo.

Vale destacar que é crucial considerar a multidisciplinaridade ao falar de análise espacial, uma vez que ela abrange conceitos epidemiológicos, clínicos, sanitários, geográficos, sociais e estatísticos. Portanto, além de conhecer em detalhes o agravo estudado, são necessários conhecimentos sobre os métodos capazes de atingir os

objetivos desejados no âmbito seja espacial, seja espaçotemporal, o que nos leva aos sistemas de informação geográfica.

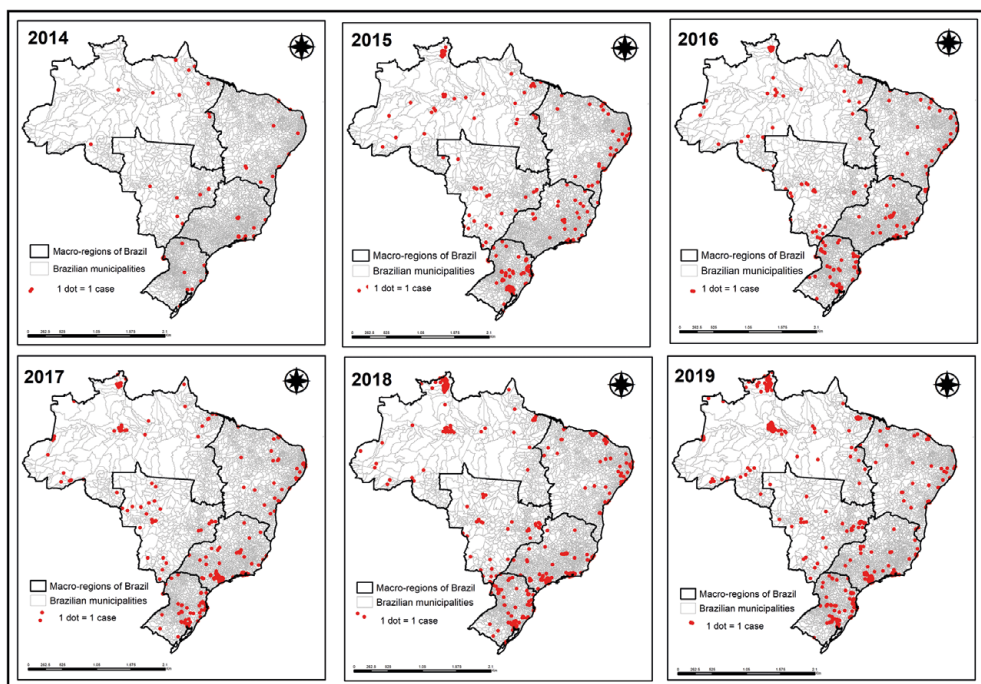
Sistemas de informação geográfica (SIGs)

O geoprocessamento é uma área do conhecimento que envolve os sistemas de informação geográfica (SIGs), o sensoriamento remoto e as técnicas de análise espacial e espaçotemporal, fazendo interface, entre outros campos, com a cartografia, a geografia, a geodésia e a estatística (Chiaravalloti-Neto, 2016).

De maneira geral, os SIGs são programas de computador com diversas funções cartográficas. Com eles, é possível visualizar mapas georreferenciados em conjunto com atributos de interesse, como um mapa dos municípios brasileiros com a representação do número de casos de tuberculose em migrantes internacionais, suas respectivas taxas de incidência, mortalidade e abandono de tratamento, por exemplo. Dessa forma, através de um SIG, podemos representar cartograficamente essas taxas em mapas coropléticos, de acordo com os valores apresentados. Isso facilita a interpretação visual em comparação com uma tabela cheia de valores distribuídos pelos mais de 5.500 municípios que compõem o Brasil. Portanto, com o uso de SIGs, consegue-se trabalhar com bancos de dados relacionais, unindo coordenadas geográficas com seus respectivos atributos de interesse (Chiaravalloti-Neto, 2016).

Um exemplo de uso dos SIGs para mapeamento da distribuição espacial de casos está em um estudo realizado sobre a tuberculose em migrantes internacionais no Brasil entre os anos de 2014 e 2019. Os autores informaram que, entre os casos notificados, a tuberculose em migrantes internacionais correspondeu a 1,4 % do total de notificações (Arcêncio *et al.*, 2021). A Figura 2 mostra a distribuição desses casos em formato de pontos ao longo dos anos analisados. É possível notar o aumento de casos, principalmente nas regiões Sul e Sudeste do país.

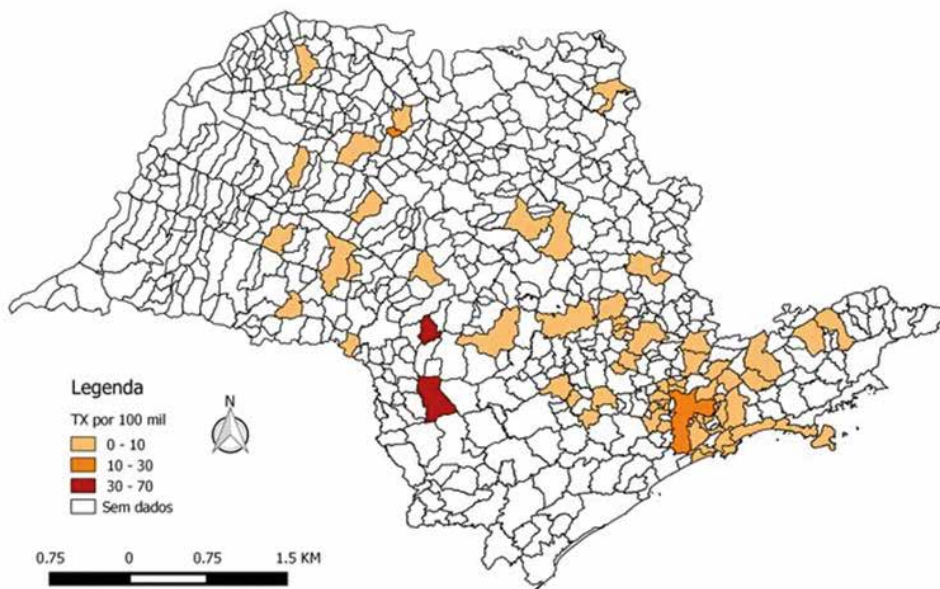
Figura 2 – Distribuição dos casos de tuberculose em migrantes internacionais no Brasil segundo o ano de notificação (2014-2019)



Fonte: Arcêncio *et al.* (2021, p. 6).

A Figura 3 apresenta outro exemplo: um estudo que teve como objetivo analisar a distribuição espacial da tuberculose entre migrantes internacionais residentes no estado de São Paulo, considerando os casos notificados entre os anos de 2012 e 2016 (Cavalcante *et al.*, 2018). Diferentemente do trabalho anterior, para a elaboração do mapa, os autores calcularam as taxas brutas de incidência e as plotaram no mapa. Dessa forma, pode-se identificar facilmente a localização dos municípios com incidência mais elevada.

Figura 3 – Distribuição espacial da taxa de incidência bruta de tuberculose em migrantes internacionais no período de 2012 a 2016, no estado de São Paulo



Fonte: elaboração de Cavalcante *et al.* (2018) para comunicação oral no 12º Congresso de Saúde Coletiva.

Principais análises espaciais empregadas em estudos sobre tuberculose em migrantes internacionais

Uma busca realizada em três bases de dados (PubMed, LILACS e SciELO) utilizando os descritores “tuberculose”, “análise espacial” e “migrantes internacionais”, com seus respectivos termos em inglês e espanhol, e filtrando publicações realizadas entre 2010 e 2023, retornou um total de 21 artigos científicos. Assim, pode-se observar que, embora os estudos que utilizam abordagens de análise espacial tenham aumentado nos últimos anos, alguns temas de investigação ainda carecem de abordagens diversificadas para o aprofundamento de sua compreensão.

Entre os estudos encontrados, as principais técnicas de análise espacial utilizadas para estudar a tuberculose em imigrantes estão descritas no Quadro 1:

Quadro 1 – Técnicas de análise espacial mais utilizadas em estudos sobre tuberculose e migração internacional (2010-2023)

Técnica	Estudos
estimador de intensidade de Kernel	Jiang <i>et al.</i> (2020); Yang <i>et al.</i> (2018)
índices de Moran global e local	Alene <i>et al.</i> (2017); Chirenda <i>et al.</i> (2020); Liao <i>et al.</i> (2020); Yang <i>et al.</i> (2019)
estatísticas <i>Getis-Ord general G</i> e <i>Getis-Ord Gi*</i>	Alene <i>et al.</i> (2017); Arcêncio <i>et al.</i> (2021); Chirenda <i>et al.</i> (2020); Liu <i>et al.</i> (2022); Yin <i>et al.</i> (2021)
estatística de varredura espacial	Pinto; Neto; Almeida Ribeiro (2018); Sun <i>et al.</i> (2012)
estatística de varredura espaçotemporal	Liao <i>et al.</i> (2020); Liu <i>et al.</i> (2022); Yang <i>et al.</i> (2019)

Fonte: elaboração própria.

Considerando a análise espacial como uma das principais ferramentas disponíveis e passíveis de ser empregadas para identificar áreas vulneráveis ao evento de interesse nos territórios por meio de recursos gráficos, como mapas, nos tópicos seguintes serão apresentadas as principais abordagens encontradas nessas publicações científicas, que tiveram como tema central a tuberculose em migrantes internacionais.

Análise de pontos

Estimador de intensidade de kernel

Também conhecido como “estatística de densidade de kernel” (*kernel density estimation*), análise de densidade de pontos ou apenas mapas de calor, o estimador de kernel é um método de interpolação exploratória. Ele se baseia na definição de áreas

1 A palavra *kernel* vem do inglês e refere-se à “parte central mais importante”, podendo ser traduzida também como “núcleo”.

circulares de influência em torno de pontos de ocorrência de um fenômeno de interesse, gerando uma superfície de densidade para a identificação de áreas vulneráveis (Davies; Hazelton, 2010; Oliveira; Brescovit; Santos, 2015). A interpolação é o processo de gerar uma grade numérica de superfície a partir de dados pontuais. Portanto, o estimador de kernel é uma medida que suaviza os pontos (número de eventos ou casos por unidade de análise). Ele tem como parâmetros básicos o raio de influência, que define a vizinhança do ponto a ser interpolado e controla o grau de alisamento da superfície gerada, e uma função de estimação com propriedades de suavização do fenômeno, conforme a fórmula:

$$\hat{\lambda}(s) = \sum_{h_i \leq \tau} \frac{3}{\pi\tau^2} \left(1 - \frac{h_i^2}{\tau^2}\right)^2$$

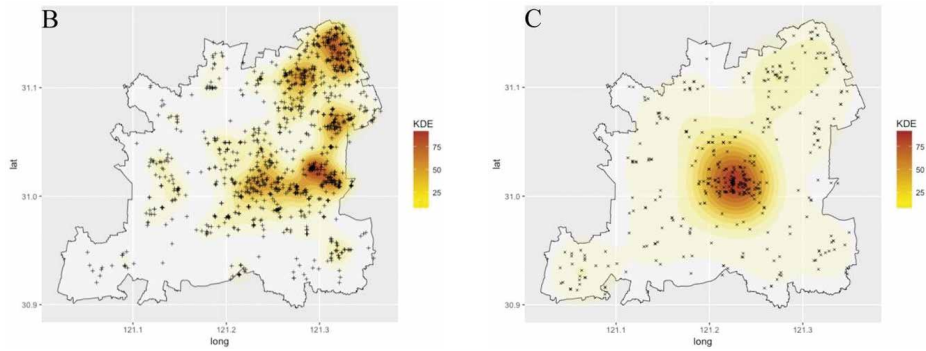
onde h_i é a distância do ponto; s é a localização s_j ; e τ é a largura da banda (Câmara *et al.*, 2004).

O raio, ou largura de banda, não é um parâmetro fixo, podendo ser ajustado de acordo com os dados analisados. No entanto, existem valores considerados como padrão que variam de acordo com o objeto de estudo. Ainda assim, não há uma regra definitiva, pois, embora haja autores que defendam a utilização de um valor padrão, outros preferem calcular o raio para cada mapa gerado (Fusco *et al.*, 2017; Queiroz *et al.*, 2018).

O estimador de kernel é útil para fornecer uma visão geral da distribuição dos casos. Nas regiões indicadas com maior densidade de eventos, também é um indicativo da ocorrência de aglomerados (*clusters*) (Câmara *et al.*, 2004).

Na Figura 4, aparece o exemplo de um estudo em que os autores utilizaram o estimador de kernel para a taxa geral de notificação de tuberculose em residentes migrantes internacionais e pessoas locais em Songjiang, distrito da cidade de Xangai, na China, no período de 2009 a 2015, permitindo uma comparação.

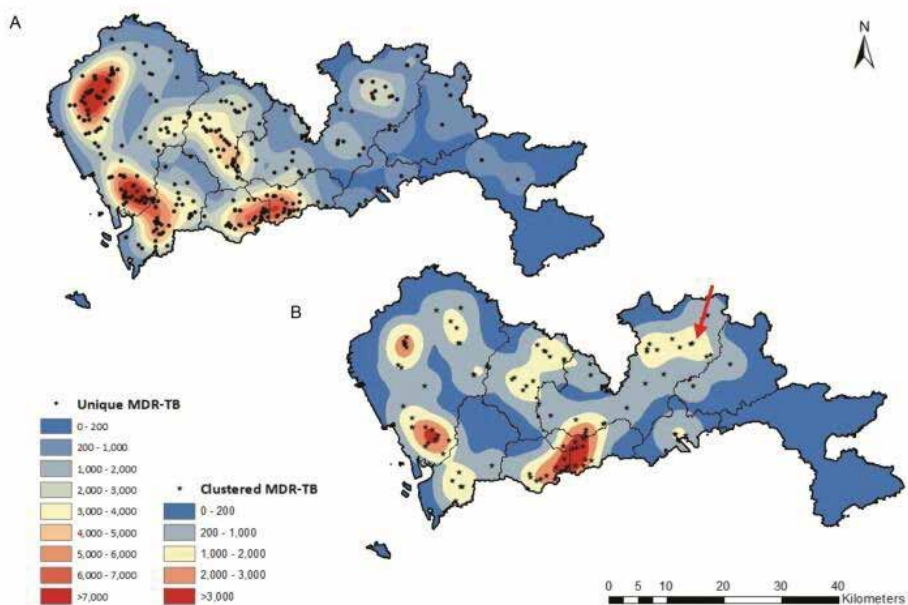
Figura 4 – Aplicação da estatística de kernel para a taxa geral de notificação de tuberculose em residentes migrantes internacionais (B) e pessoas locais (C) em Songjiang, Xangai (China, 2009-2015)



Fonte: Yang *et al.* (2018, p. 14).

Já a Figura 5 apresenta mapas de densidade de kernel de casos de tuberculose multidroga resistente. Os autores do estudo consideraram apenas os migrantes internos, e não os migrantes internacionais, na cidade de Shenzhen, na China, durante os anos de 2013 a 2017. Os mapas foram coloridos de acordo com os valores de kernel; o centro vermelho representa as áreas com a concentração mais intensa de pacientes.

Figura 5 – Aplicação da estatística de Kernel para análise espacial de casos únicos (A) e agrupados (B) de tuberculose multidroga resistente em migrantes internos, em Shenzhen (China, 2013-2017)



Fonte: Jiang *et al.* (2020, p. 148).

Em conclusão, a técnica do estimador de intensidade de kernel é de execução relativamente simples, podendo ser realizada mediante o uso de *softwares* como QGIS, ArcGIS e Excel (a partir da versão 2016). A técnica é bastante útil quando se têm informações geográficas em formato de ponto.

Análise de áreas: dependência e associação espaciais

De maneira geral, as técnicas que identificam padrões de dependência ou associação espaciais verificam a distribuição dos dados e sua relação com o espaço, testando comumente a hipótese de aleatoriedade ou não aleatoriedade dos dados. Entre as principais análises com essa finalidade, destacamos os índices global e local de Moran, bem como as técnicas *Getis-Ord general G* e *Getis-Ord Gi**.

Índice de Moran

Segundo Câmara *et al.* (2004), ao falar sobre análise espacial, a caracterização da dependência espacial é fundamental, visto que mostra como os valores estão correlacionados no espaço. O índice global de Moran é uma das medidas que possibilita mensurar esse grau de dependência ou autocorrelação espacial dos dados (Medronho *et al.*, 2009).

Em termos numéricos, o índice de Moran pode variar de -1 a $+1$; valores negativos indicam a existência de autocorrelação inversa e valores positivos indicam a existência de autocorrelação direta (Anselin, 2005).

O índice global de Moran calculado pela expressão da autocorrelação da área analisada considerando apenas o primeiro vizinho é o seguinte:

$$\frac{\sum_{i=l}^n \sum_{j=l}^n w_{ij} (z_i - z)(z_j - z)}{\sum_{i=l}^n (z_i - z)^2}$$

onde n é o número de áreas; z_i é o valor do atributo considerado na área i ; z é o valor médio do atributo na região de estudo; e w_{ij} são os elementos da matriz normalizada de proximidade espacial (Anselin, 2005).

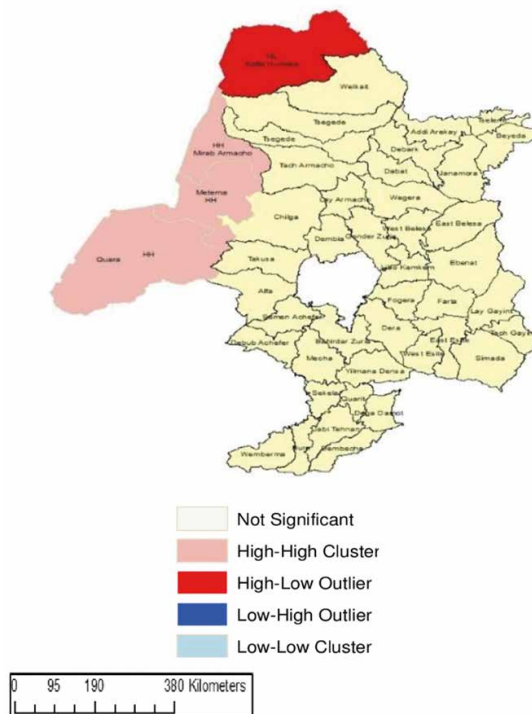
Vale destacar que, neste caso, a correlação é computada apenas para os vizinhos de primeira ordem no espaço, conforme estabelecido pelos pesos $\{w_{ij}\}$, porém este atributo pode ser facilmente alterado nas configurações do *software* utilizado para a análise, e o pesquisador pode determinar a matriz de vizinhança (queen ou rook) e até quantas ordens serão consideradas (Anselin, 2005; Câmara *et al.*, 2004). É importante ressaltar que o índice global de Moran fornece um valor único como medida da autocorrelação espacial para todo o conjunto de dados, o que é crucial para a caracterização do território (área analisada) como um todo.

Um estudo realizado por Alene *et al.* (2017), que abordou casos de tuberculose multidroga resistente em migrantes internacionais notificados entre 2010 e 2015, conduzido no noroeste da Etiópia, teve como um de seus objetivos determinar a distribuição espacial desse agravo utilizando uma coorte de seis anos. Entre as análises realizadas, os índices global e local de Moran foram calculados. De acordo com os resultados:

A estatística do índice global de Moran para a taxa de incidência de tuberculose multidroga resistente por 100 mil habitantes foi de 0,14 (valor de $p = 0,04$), indicando a presença de autocorrelação espacial positiva e estatisticamente significativa para toda a área de estudo (Alene *et al.*, 2017, p. 7, tradução própria).

Em seguida, os autores apresentaram os resultados do índice local de Moran, conforme demonstra a Figura 6. É possível verificar que alguns distritos mantinham uma relação do tipo alta-alta, ou seja, distritos com alta incidência de tuberculose multidroga resistente cercados por distritos também com alta incidência da doença, representados pela cor rosa no mapa. Também há um distrito com uma relação do tipo alta-baixa, indicando que ele registra alta incidência de tuberculose multidroga resistente, mas está cercado por distritos com baixa incidência.

Figura 6 – Índice local de Moran para casos de tuberculose multidroga resistente em migrantes internacionais no noroeste da Etiópia (2010-2015)



Fonte: Alene *et al.* (2017, p. 8).

O índice global de Moran não é indicado quando o objetivo do estudo for identificar os aglomerados espaciais locais e as áreas que mais contribuem para a existência de autocorrelação espacial. Para isso, existem medidas de autocorrelação espacial local, como o indicador local de associação espacial (*local indicator of spatial association* – LISA), ou índice local de Moran (Câmara *et al.*, 2004; Magalhães; Medronho, 2017; Perobelli *et al.*, 2007).

O índice local de Moran pode ser expresso para cada área i a partir dos valores normalizados z_i do atributo como:

$$I_l = \frac{z_i \sum_{j=l}^n w_{ij} z_j}{\sum_{j=l}^n z_j^2}$$

Semelhante ao indicador global, o cálculo da significância estatística do índice local de Moran deve utilizar teste de hipótese de normalidade ou simulação de distribuição por permutação aleatória nos valores dos atributos (Anselin, 1996).

Os valores do LISA, assim como os do índice global de Moran, podem variar entre -1 e $+1$ e são interpretados da mesma forma, porém, em vez de um valor único, é gerado um valor para cada unidade de análise. Por exemplo, estamos verificando a dependência espacial de tuberculose em migrantes internacionais nos municípios brasileiros: o índice global de Moran fornece um valor para o todo (Brasil), enquanto o LISA fornece um valor para cada unidade de análise (municípios brasileiros).

Ademais, o LISA também faz uma classificação da autocorrelação espacial, podendo ser: alta-alta (*high-high* ou H-H), indicando uma área com alta taxa cercada por áreas com altas taxas; baixa-baixa (*low-low* ou L-L), indicando uma área com baixa taxa cercada por áreas com baixas taxas; baixa-alta (*low-high* ou L-H), indicando uma área com baixa taxa cercada por áreas com altas taxas; e alta-baixa (*high-low* ou H-L), indicando uma área com alta taxa cercada por áreas com baixas taxas.

As classificações alta-alta e baixa-baixa (autocorrelação espacial local positiva) indicam normalmente a presença de aglomerados (ou *clusters*) espaciais, enquanto as classificações alta-baixa e baixa-alta (autocorrelação espacial local negativa) são *outliers* espaciais, e não são indicativas da formação de *clusters* (Anselin, 2005).

Para a realização das análises global e local com o índice de Moran, os *softwares* GeoDa e ArcGIS são algumas das alternativas.

Getis-Ord general G e Getis-Ord G_i^*

A técnica *Getis-Ord general G* , baseada no índice global de Moran, fundamenta seus resultados na hipótese nula de não existir associação espacial. Para sua interpretação, são considerados o valor de p e escores z (*z-score*) do teste. Se o valor do escore z for positivo, o índice G geral observado é maior do que o índice G geral esperado, indicando que valores altos para o atributo estão agrupados na área de estudo. Se o valor do escore z for negativo, o índice G geral observado é menor do que o índice esperado, indicando que valores baixos estão agrupados na área de estudo (Getis; Ord, 1992).

A estatística global G é dada por:

$$G(d) = \frac{\sum_i \sum_j w_{ij}(d) x_i x_j}{\sum_i \sum_j x_i x_j}$$

onde x_i é o valor observado na posição i ; e $w_{ij}(d)$ é um elemento da matriz de proximidade.

Já a técnica *Getis-Ord G_i^** indica associação espacial local, considerando os valores para cada unidade de análise a partir de uma matriz de vizinhança. Nesta análise também é gerado um escore z para cada unidade de análise estatisticamente significativa para o evento analisado. Quanto maior o escore z , mais intenso é o agrupamento de valores altos (*hotspot*), enquanto, quanto menor o valor, mais intenso é o agrupamento de baixos valores ou menor a ocorrência do evento (*coldspot*) (Getis; Ord, 1992).

Além do escore z , é fornecido o valor de p e o nível de confiança *bin* (*Gi-Bin*). Os valores do *Gi-Bin* identificam pontos quentes e frios estatisticamente significativos. Os valores que variam ± 3 refletem significância estatística com nível de confiança de 99 %; ± 2 , nível de confiança de 95 %; ± 1 , nível de confiança 90 %; e zero não é estatisticamente significativo (Getis; Ord, 1992).

A estatística G_i^* é dada por:

$$G_i(d) = \frac{\sum_j w_{ij}(d) x_j}{\sum_j x_j}$$

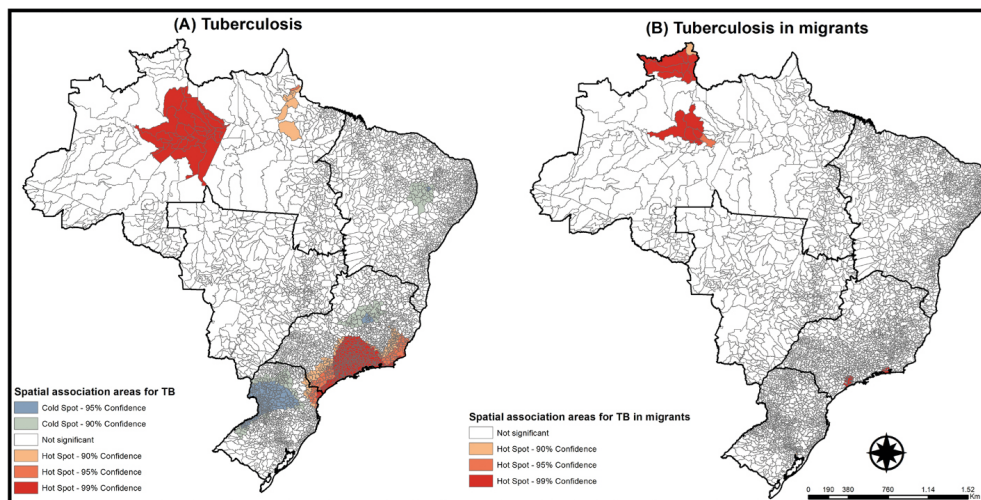
onde a soma é realizada sobre todas as posições de j excluindo-se a posição i , e

$$G_i^*(d) = \frac{\sum_j w_{ij}(d)x_j}{\sum_j x_j}$$

onde a soma é realizada sobre todas as posições, inclusive a posição i .

Arcêncio *et al.* (2021) utilizaram a técnica de *Getis-Ord G_i^** de maneira comparativa e identificaram áreas de incidência de tuberculose em migrantes internacionais no Brasil associadas espacialmente às áreas de incidência da tuberculose na população geral. Essas áreas abrangem todo o litoral da Região Sudeste e lugares próximos ao estado do Amazonas (AM) na Região Norte (Figura 7).

Figura 7 – Alta e baixa incidência de tuberculose na população geral (A) e em migrantes internacionais (B) (Brasil, 2014-2019)



Fonte: Arcêncio *et al.* (2021, p. 7).

Assim como descrito para o estimador de intensidade de kernel, tanto para a técnica *Getis-Ord general G* como para a *Getis-Ord G_i^** , é possível determinar um raio ou banda de análise. Para isso, pode-se recorrer à ferramenta Incremental Spatial Autocorrelation (ISA) disponível no *software* ArcGIS. Essa ferramenta utiliza o índice

de Moran para calcular uma série de distâncias crescentes, medindo a intensidade do *cluster* para cada distância determinada pelo escore z . Geralmente, à medida que a distância aumenta, o escore z também aumenta, indicando a intensificação do aglomerado. A certa distância, no entanto, a pontuação Z atinge o pico e reflete a distância na qual os processos espaciais que promovem o *cluster* são mais pronunciados. Portanto, essa é a distância final a ser utilizada no estudo (Esri, 2019).

Estatística de varredura

A estatística de varredura consiste em uma técnica que parte de pontos ou da contagem de eventos em determinadas áreas, geralmente executada com o *software* SatScan. Também conhecida como estatística Scan, desenvolvida por Kulldorff e Nagarwalla (1995), ela é calculada por meio da associação da informação da área a um único ponto dentro do polígono, denominado centroide. A partir desse ponto, realiza-se uma varredura por toda a região estudada em busca de áreas onde a ocorrência de um fenômeno seja significativamente mais provável (Bavia *et al.*, 2012).

A procura por aglomerados é realizada posicionando um círculo de raio variável em torno de cada centroide e calculando o número de ocorrências dentro do círculo. Se o valor observado da região delimitada pelo círculo, chamada de região Z , for maior do que o esperado, identifica-se um aglomerado. Esse procedimento é repetido até que todos os centroides sejam testados (Lucena; Moraes, 2012).

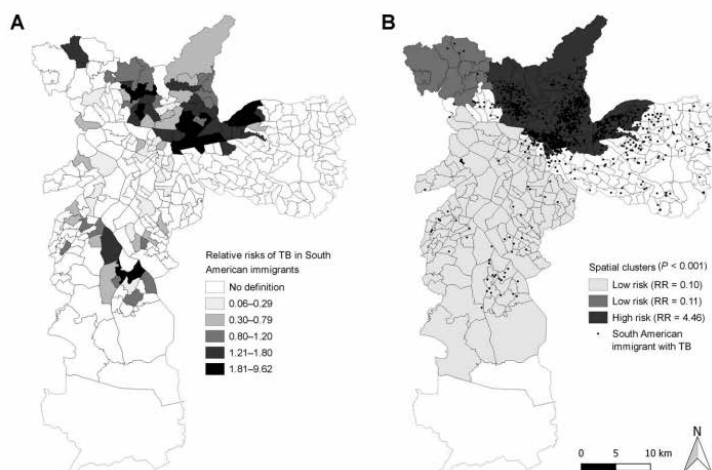
Dessa forma, é possível testar a hipótese nula (H_0) de não existência de áreas de risco, ou seja, todos os indivíduos do município têm a mesma probabilidade de contrair determinado agravo de interesse. Por outro lado, considera-se como hipótese alternativa (H_1) que uma ou mais regiões Z sejam áreas nas quais as pessoas têm maior ou menor probabilidade de contrair a doença, em comparação com os indivíduos que residem fora dessa área (Lucena; Moraes, 2012).

Para a realização da varredura puramente espacial, algumas configurações precisam ser definidas, como a distribuição dos casos (no caso de contagem, geralmente se usa o modelo discreto de Poisson), o tamanho máximo do aglomerado considerado (pode-se optar pelo padrão do *software* igual a 50 % da população exposta ou calcular por meio do índice de Gini, disponível no próprio programa), o formato

do aglomerado (circular ou elíptico) e o número de replicações de Monte Carlo (Kulldorff, 2016). Além disso, o risco relativo (RR) de cada aglomerado identificado é calculado e gerado pelo próprio programa, permitindo a comparação das informações em áreas distintas.

Por exemplo, um estudo com o objetivo de identificar *clusters* espaciais de tuberculose entre imigrantes sul-americanos residentes no município de São Paulo, entre os anos de 2006 e 2013, utilizou a estatística de varredura puramente espacial (Pinto; Neto; Almeida Ribeiro, 2018). Nas configurações, os autores realizaram a análise com base no número de eventos e na população exposta (população de imigrantes sul-americanos) de acordo com cada área de ponderação (unidade de análise considerada no estudo), utilizando distribuição de Poisson. Além disso, os *clusters* considerados estatisticamente significantes foram aqueles com valor de $p < 0,05$, usando o método de Monte Carlo com 999 replicações. As áreas de ponderação, com seus respectivos riscos relativos obtidos através da estatística de varredura, podem ser observadas na Figura 8.

Figura 8 – Aplicação da estatística de varredura para tuberculose em imigrantes sul-americanos no município de São Paulo (Brasil, 2006-2013)



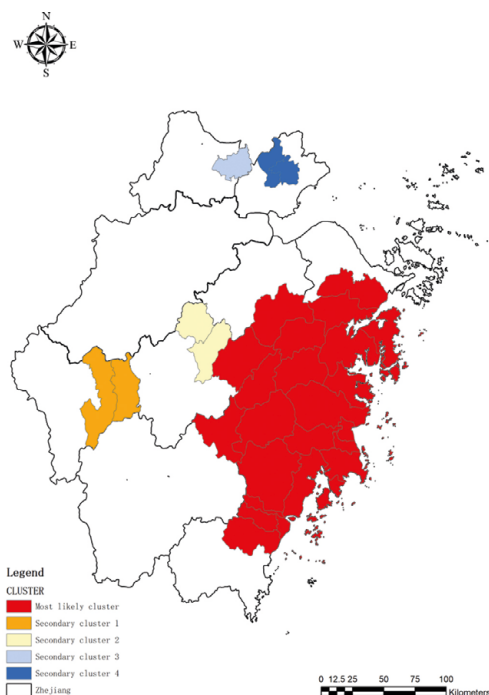
Legenda: A) riscos relativos de tuberculose em imigrantes sul-americanos; B) aglomerados espaciais identificados e casos de tuberculose em imigrantes sul-americanos.

Fonte: Pinto; Neto; Almeida Ribeiro (2018, p. 82).

A estatística de varredura também possibilita a incorporação do fator temporal, quando o interesse incide na identificação, no espaço e no tempo simultaneamente, de aglomerados de eventos finalizados (Coulston; Riitters, 2003). Dessa maneira, além das configurações citadas anteriormente, é necessário configurar o tamanho máximo do aglomerado, a precisão do tempo (em dias, meses e anos) e o período de tempo de acordo com a delimitação da pesquisa.

Em um estudo realizado na China com a população imigrante entre os anos de 2013 e 2017, utilizou-se a varredura espaçotemporal para a identificação de *clusters* (Liu *et al.*, 2022). A Figura 9 mostra os cinco aglomerados encontrados, entre os quais o aglomerado denominado “*most likely cluster*”, ou *cluster* mais provável, destacado em vermelho, consistia em 25 condados na região leste da província de Zhejiang, com 9.590 casos notificados de tuberculose entre migrantes internacionais. O período do *cluster* foi de janeiro de 2013 a abril de 2015.

Figura 9 – *Clusters* espaçotemporais de tuberculose em migrantes internacionais notificados na província de Zhejiang (China, 2013-2017)



Cluster type	Cluster period	Coordinates/ radius	Number of county	Notified cases	LLR	RR	P-value
Most likely cluster	2013/1/1- 2015/4/30	(28.666600 N, 121.435749 E)/ 133.30 km	25	9590	542.2223	1.48	< 0.001
Secondary cluster 1	2013/1/1- 2015/2/28	(28.993202 N, 119.190863 E)/ 26.25 km	2	285	318.5683	7.26	< 0.001
Secondary cluster 2	2013/1/1- 2014/1/31	(29.523520 N, 119.903388 E)/ 28.70 km	2	223	139.3469	3.95	< 0.001
Secondary cluster 3	2013/1/1- 2015/3/31	(30.761282 N, 120.302786 E)/ 0 km	1	296	90.93332	2.47	< 0.001
Secondary cluster 4	2013/12/1- 2015/1/31	(30.711798 N, 120.835286 E)/ 16.09 km	2	492	50.06271	1.63	< 0.001

Fonte: Liu *et al.* (2022, p. 8).

Considerações finais

Este capítulo apresentou a evolução e as principais concepções da epidemiologia ao longo dos anos, destacando uma de suas vertentes mais atuais e usuais, sobretudo no contexto dos países latino-americanos, a epidemiologia crítica. Esse referencial teórico pode ser utilizado na compreensão do panorama global atual, marcado pela intensa globalização, aumento da desigualdade social e ressurgimento de agravos, como a tuberculose. Esses fatores, somados ao processo de migração internacional, têm se intensificado nas primeiras décadas do século XXI, colocando as populações migrantes em um quadro cada vez mais acentuado de vulnerabilidade.

Para a compreensão da situação epidemiológica decorrente da migração internacional, destacou-se neste capítulo a utilização da análise espacial em saúde. Essa abordagem é capaz de subsidiar, por meio das ferramentas de geoprocessamento e

análise geoestatística, o mapeamento, a análise e a compreensão da situação da tuberculose em migrantes internacionais nos territórios, tendo sido apresentadas algumas técnicas que podem ser empregadas em estudos sobre o tema, o qual é de grande relevância para o alcance da eliminação da doença até o ano de 2035.

Referências

- ALENE, K. A. *et al.* Spatial patterns of multidrug resistant tuberculosis and relationships to socio-economic, demographic and household factors in northwest Ethiopia. **PLoS One**, v. 12, n. 2, e0171800, p. 1-14, 2017.
- ALVES, L. S. *et al.* Detection of risk clusters for deaths due to tuberculosis specifically in areas of southern Brazil where the disease was supposedly a non-problem. **BMC Infectious Diseases**, v. 19, n. 1, art. 628, p. 1-13, 2019.
- ANSELIN, L. **Exploring spatial data with GeoDa™**: a workbook. Urbana: Center for Spatially Integrated Social Science, 2005.
- ANSELIN, L. The Moran scatterplot as an ESDA tool to assess local instability in spatial association. *In*: ANSELIN, L. **Spatial analytical perspectives on GIS**. Routledge, 1996. p. 111-125.
- ARCÊNCIO, R. A. *et al.* Spatial clustering and temporal trend analysis of international migrants diagnosed with tuberculosis in Brazil. **PLoS One**, v. 16, n. 6, e0252712, p. 1-17, 2021.
- BAILEY, T. C. Spatial statistical methods in health. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 1083-1098, 2001.
- BARATA, R. B. Epidemiologia e ciências sociais. *In*: BARATA, R. B.; BRICEÑO-LEÓN, R. (org.). **Doenças endêmicas**: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 313-330.
- BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.
- BAVIA, M. E. *et al.* Estatística espacial de varredura na detecção de áreas de risco para a cisticercose bovina no estado da Bahia. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia**, v. 64, n. 5, p. 1200-1208, 2012.

- BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- BREILH, J. La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque. *In*: BREILH, J. *et al.* **Deterioro de la vida**. Quito: Corporación Editora Nacional, 1990. p. 23-34.
- CAIRUS, H. F. Ares, águas e lugares. *In*: CAIRUS, H. F.; RIBEIRO, W. A. **Textos hipocráticos**: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 91-129.
- CÂMARA, G. *et al.* Análise espacial de áreas. *In*: DRUCK, S. *et al.* (org.). **Análise espacial de dados geográficos**. Brasília: Embrapa, 2004. p. 107-151.
- CARVALHO, M. S.; SOUZA-SANTOS, R. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 361-378, 2005.
- CASTIEL, L. D.; RIVERA, F. J. U. Planejamento em saúde e epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 4, p. 447-456, 1985.
- CAVALCANTE, J. *et al.* Análise espacial da distribuição de casos de tuberculose em imigrantes no estado de São Paulo no período de 2012 a 2016. Resumo de apresentação de trabalho. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 12., 2018, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Galoá, 2018. Disponível em: <https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/trabalhos/analise-espacial-da-distribuicao-de-casos-de-tuberculose-em-imigrantes-no-estado?lang=pt-br>. Acesso em: 21 set. 2025.
- CHIARAVALLOTI-NETO, F. O geoprocessamento e saúde pública. Editorial. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 4, p. 1-2, 2016.
- CHIRENDA, J. *et al.* Spatial distribution of *Mycobacterium tuberculosis* in metropolitan Harare, Zimbabwe. **PLoS One**, v. 15, n. 4, e0231637, p. 1-16, 2020.
- COULSTON, J. W.; RIITERS, K. H. Geographic analysis of forest health indicators using spatial scan statistics. **Environmental Management**, v. 31, n. 6, p. 764-773, 2003.
- DAVIES, T. M.; HAZELTON, M. L. Adaptive kernel estimation of spatial relative risk. **Statistics in Medicine**, v. 29, n. 23, p. 2423-2437, 2010.

- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- ELLIOTT, P.; WARTENBERG, D. Spatial epidemiology: current approaches and future challenges. **Environmental Health Perspectives**, v. 112, n. 9, p. 998-1006, 2004.
- ESRI. **How incremental spatial autocorrelation works**. 2019. Disponível em: <https://pro.arcgis.com/en/pro-app/latest/tool-reference/spatial-statistics/how-incremental-spatial-autocorrelation-works.htm>. Acesso em: 1 fev. 2025.
- FURLAN, M. C. R.; SILVA, R. L. D. T.; MARCON, S. S. Factors associated with early and late diagnosis of tuberculosis: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 1, p. 62-71, 2014.
- FUSCO, A. P. B. *et al.* Distribuição espacial da tuberculose em um município do interior paulista, 2008-2013. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. 1-9, 2017.
- GETIS, A.; ORD, J. K. The analysis of spatial association by use of distance statistics. **Geographical Analysis**, v. 24, n. 3, p. 189-206, 1992.
- JIANG, Q. *et al.* Citywide transmission of multidrug-resistant tuberculosis under China's rapid urbanization: a retrospective population-based genomic spatial epidemiological study. **Clinical Infectious Diseases**, v. 71, n. 1, p. 142-151, 2020.
- KULLDORFF, M. **SaTScan™ Manual do Usuário para versão 9.4**. Tradução de Alessandra Cristina Guedes Pellini. [S. l.]: SaTScan™, 2016.
- KULLDORFF, M.; NAGARWALLA, N. Spatial disease clusters: detection and inference. **Statistics in Medicine**, v. 14, n. 8, p. 799-810, 1995.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales**, México, v. 84, p. 131-157, 1976.
- LIAO, W.-B. *et al.* The association between internal migration and pulmonary tuberculosis in China, 2005-2015: a spatial analysis. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 9, n. 1, art. 5, p. 1-12, 2020.
- LIU, K. *et al.* Tuberculosis burden caused by migrant population in Eastern China: evidence from notification records in Zhejiang Province during 2013-2017. **BMC Infectious Diseases**, v. 22, art. 109, p. 1-11, 2022.

- LUCENA, S. E. F.; MORAES, R. M. Detecção de agrupamentos espaço-temporais para identificação de áreas de risco de homicídios por arma branca em João Pessoa, PB. **Boletim de Ciências Geodésicas**, v. 18, n. 4, p. 605-623, 2012.
- MACLEOD, J.; SMITH, G. D. Psychosocial factors and public health: a suitable case for treatment? **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 57, n. 8, p. 565-570, 2003.
- MAGALHÃES, M. A. F. M.; MEDRONHO, R. A. Análise espacial da tuberculose no Rio de Janeiro no período de 2005 a 2008 e fatores socioeconômicos associados utilizando microdados e modelos de regressão espaciais globais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 831-39, 2017.
- MARMOT, M. The influence of income on health: views of an epidemiologist. **Health Affairs**, v. 21, n. 2, p. 31-46, 2002.
- MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **PubMed**. Bethesda, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. Acesso em: 30 jan. 2024.
- OLIVEIRA, U.; BRESCOVIT, A. D.; SANTOS, A. J. Delimiting areas of endemism through kernel interpolation. **PLoS One**, v. 10, n. 1, e0116673, p. 1-18, 2015.
- PEROBELLI, F. S. *et al.* Produtividade do setor agrícola brasileiro (1991-2003): uma análise espacial. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 65-91, 2007.
- PINTO, P. F. P. S.; NETO, F. C.; ALMEIDA RIBEIRO, M. C. S. de. Tuberculosis among South American immigrants in São Paulo municipality: an analysis in space and time. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 22, n. 1, p. 80-85, 2018.
- QUEIROZ, A. A. R. de *et al.* Spatial pattern and temporal trend of mortality due to tuberculosis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e2992, p. 1-10, 2018.
- RAMOS, F. L. de P. *et al.* As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 7, n. esp., p. 221-229, 2016.
- ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

- SUN, G.-M. *et al.* Spatial distribution and risk factors of tuberculosis in Songjiang district, Shanghai during 2006 and 2009. **Zhonghua yu Fang yi xue za zhi [Chinese Journal of Preventive Medicine]**, v. 46, n. 10, p. 903-907, 2012. [Em chinês].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. New York: WHO, 1946. Disponível em: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. Acesso em: 30 jan. 2025.
- YANG, C. *et al.* Internal migration and transmission dynamics of tuberculosis in Shanghai, China: an epidemiological, spatial, genomic analysis. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 18, n. 7, p. 788-795, 2018.
- YANG, S. *et al.* Spatiotemporal distribution of tuberculosis during urbanization in the new urban area of Nanchang City, China, 2010-2018. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 22, art. 4395, p. 1-12, 2019.
- YIN, J. F. *et al.* Spatio-temporal distribution of pulmonary tuberculosis and influencing factors in Beijing, 2008-2018. **Zhonghua liu Xing Bing xue za zhi = Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi [Revista Chinesa de Epidemiologia]**, v. 42, n. 7, p. 1240-1245, 2021. [Em chinês].



PARTE 2

Aspectos sociais e direitos



Modelo de proteção social no Brasil: políticas integradoras dos migrantes enquanto sujeitos de direitos

Alexandre Tadashi Inomata Bruce · Ana Carolina Scarpel Moncaio · Fabiana Costa Machado Zacharias · Gilberto da Cruz Leal · José Nildo de Barros Silva Júnior · Leonora de Oliveira Teixeira · Luciana Aparecida Fabríz · Marcelo Vinicius Domingos Rodrigues dos Santos · Mariana Gaspar Botelho Funari de Faria · Melisane Regina Lima Ferreira · Mônica Cristina Ribeiro Alexandre D Auria de Lima · Paula Daniella de Abreu · Quézia Rosa Ferreira · Rafele Oliveira Bonfim · Rubia Laine de Paula Andrade · Willie Otávio Bueno Bernardi · Yury Bitencourt da Costa · Aline Aparecida Monroe · Ione Carvalho Pinto · Ricardo Alexandre Arcêncio · Pedro Fredemir Palha · Jaqueline Garcia de Almeida Ballestero

A terra do sonho é distante
e seu nome é Brasil,
plantarei a minha vida
debaixo de céu anil

Milton Nascimento e Fernando Brandt (1996, p. 10)

A migração é um fenômeno histórico em constante crescimento no mundo. Ela consiste na dinâmica do deslocamento de uma pessoa ou grupo entre fronteiras internas ou externas de um país, independentemente da causalidade ou do tempo de permanência fora do local de origem. Migrantes podem ser refugiados, trabalhadores temporários, estudantes, em suma, quaisquer pessoas que cruzam fronteiras (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016).

Às vezes, a migração é resultante ou causa de vulnerabilização, insegurança alimentar e econômica, riscos ambientais, violências e injúrias (raciais, de gênero, de identidade de gênero, de orientação sexual etc.). Além disso, o temor relacionado a conflitos armados de origem ideológica, política e/ou religiosa que culminam na violação dos direitos humanos também pode levar à migração. Esses fatores impactam nos modos de vida e no processo saúde-doença e, por isso, devem ser atentamente considerados no âmbito das iniciativas e ações dos poderes públicos e da sociedade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016).

No Brasil, a migração (voluntária ou forçada) faz parte do contexto histórico, social, político e cultural. A população brasileira, desde a colonização, é uma das mais miscigenadas do mundo. A exploração e a usurpação dos recursos naturais, que se acompanharam de grande violência contra os povos originários, foram as principais causas de interesse dos países colonizadores no processo de expansão marítima e econômica. A imigração, sobretudo da Europa e África, trouxe impactos na cultura, nos modos de produção e no contexto sanitário devido à emergente carga de doenças infecciosas, parasitárias e crônicas e às ações higienistas sobre os corpos individuais e coletivos, com fins estritamente economicistas.

Desde o século passado, o Brasil tem recebido um intenso fluxo de migrantes internacionais advindos de países com crises humanitárias e econômicas, como europeus, japoneses e, mais recentemente, haitianos, além de povos do Oriente Médio. Nos últimos anos, tem sido marcante a presença de venezuelanos em razão da política autoritária instituída no país vizinho, que agravou sua situação econômica e social. Assim, tornou-se imperativo garantir direitos fundamentais, por meio de políticas de proteção social, a todos os migrantes como meio de combater as diferentes formas de exploração e violência às quais essas pessoas podem estar submetidas.

A urgente demanda por acesso a direitos impulsionou a instituição da Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, conhecida como Lei de Migração (Brasil, 2017),

ancorada na Constituição Federal de 1988 (CF/88), que atesta a igualdade de direitos a estrangeiros em âmbito nacional. A CF/88 é um importante marco na implementação da seguridade social brasileira, uma vez que garante a todas as pessoas em território nacional acesso às políticas de saúde, previdência e assistência social.

Dessa forma, trata-se de uma proposta política integradora, que inclui os migrantes internacionais e equipara seus direitos aos dos brasileiros. No entanto, a implementação dessas políticas precisa ser analisada de forma crítica diante da exposição dos imigrantes aos riscos biopsicossociais decorrentes de situações de vulnerabilidade, que os deixam mais suscetíveis às diferentes doenças, de caráter infeccioso ou não, sem contar a discriminação, violência, estigmas e precárias condições de vida e trabalho.

Sabe-se que migrantes de algumas nacionalidades enfrentam sérias barreiras para sua ascensão socioeconômica no território brasileiro, por causa de inúmeros estereótipos. O mesmo ocorre com os migrantes nordestinos que se deslocam para outras regiões do país, considerados por alguns como uma subclasse de pessoas. As tensões no mercado de trabalho contribuem para o processo de desqualificação dos migrantes, com a alocação de mão de obra estrangeira (e nordestina) em áreas que não exigem qualificação. Outro aspecto estereotipado é a culpa atribuída aos imigrantes por trazerem doenças para o país, o que os torna alvos frequentes de xenofobia e de violência explícita ou velada (Brandt; Wasserman, 2021).

Assim, no Brasil, as populações migrantes comumente encontram-se em situações vulneráveis e padecem graves dependências para a manutenção da vida e da dignidade, tanto pelas condições que impuseram sua saída do local de origem quanto por diversas questões transversais aos processos de produção e reprodução social que encontram. Por essas razões, o olhar da proteção social se torna indispensável para a ampliação do acesso a bens e serviços essenciais, bem como para a garantia, efetivação e manutenção dos direitos humanos dessa população.

Este capítulo dará ênfase ao modelo de proteção social no Brasil e a forma como ele se materializa em políticas públicas integradoras para os migrantes enquanto sujeitos de direitos. Nos dois tópicos seguintes, será abordada de forma detalhada a construção histórica desse modelo, a partir da conceituação de “proteção social” e da identificação de suas interfaces com as políticas sociais, de saúde, de previdência e de assistência social. Em seguida, a proteção social será apresentada no

escopo das ações e iniciativas governamentais, a partir da análise da regulamentação das ações que foram instituídas no período de 2010 a meados de janeiro de 2023¹ incluindo os imigrantes no Brasil.

Modelo de proteção social no Brasil: conceito e inter-relações com as políticas públicas

Conceitualmente, a proteção social refere-se às ações coletivas que visam resguardar indivíduos, famílias e/ou segmentos da sociedade contra riscos inerentes à vida humana e/ou satisfazer as necessidades básicas em suas diferentes dimensões, às quais estão intimamente relacionadas a múltiplas situações de dependência. Essas situações, embora sejam parte integrante da condição humana e possam sofrer influência de fatores naturais e/ou ambientais, têm como principais causas a desigualdade social e as relações impostas por grupos dominantes em determinados modelos de (re)produção social (Viana; Levcovitz, 2005).

A partir dessa compreensão, os sistemas de proteção social, surgidos no final do século XIX e início do século XX na Europa, formaram-se com base no compartilhamento dos riscos gerados pelas situações de dependência da sociedade, do mercado e do Estado, sendo este último o principal autor das intervenções protetivas nas três modalidades básicas, a saber: assistência social, seguro social e seguridade social² (Viana; Levcovitz, 2005).

No Brasil, o sistema de proteção social, segundo prevê a CF/88, nos artigos nº 194 e nº 195, é abrangido pela seguridade social, composta pelas políticas de saúde

1 Como a consulta às páginas de órgãos ministeriais foi uma das bases deste texto, vale esclarecer que, durante o período de 2010 a 2022, parte dos ministérios federais foi extinta, renomeada ou realocada. Em janeiro de 2023, com a posse do novo presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, alguns ministérios foram (re)criados e reelaborados.

2 A assistência social é compreendida pela “distribuição de bens e recursos para camadas específicas da população, de acordo com as necessidades tópicas, sendo ações de tipo focalizado, residuais e seletivas”; o seguro social, pela “distribuição de benefícios a categorias ocupacionais específicas mediante contribuição prévia”; por fim, a seguridade social, pela “assistência através de benefícios, ações e serviços a todos os cidadãos de determinada unidade territorial” (Brasil, 2010, p. 12).

e de assistência social, ambas com caráter não contributivo, e pela previdência social, sendo esta de caráter contributivo (Brasil, 2024). Além dos três pilares, a proteção social brasileira também abarca políticas sociais transversais às áreas da educação, moradia, trabalho, cultura, lazer, entre outras.

O conjunto dessas políticas possibilita o acesso a direitos preconizados pela CF/88, bem como afirma a promoção da dignidade humana, equidade e justiça social. Nota-se que a proteção social é a base das políticas sociais, as quais também podem se configurar como políticas de saúde, por compreenderem ações e estratégias direcionadas à proteção de indivíduos, famílias e coletividades, visando a redução de vulnerabilidades e riscos sociais, e por assumirem a saúde como um direito inerente à condição de cidadania (Fleury; Ouverney, 2012).

Segundo o artigo nº 196 da CF/88, a saúde é um direito de toda a população brasileira, devendo ser garantida pelo Estado (Brasil, 2024). O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto uma política de Estado, é o principal mecanismo de proteção social no âmbito da saúde no Brasil, inserido em uma lógica abrangente de seguridade social e baseado em um conceito ampliado de saúde (Viana; Machado, 2008). No entanto, embora as políticas voltadas à proteção social sejam amplas e ultrapassem a esfera do setor saúde, é quando são articuladas com outros setores que melhor funcionam como suporte para mudar condições estruturais que fragilizam as populações e para barrar a expansão de situações de vulnerabilidade social a curto prazo e de forma intergeracional.

No campo da seguridade social, nossa Carta Magna trouxe a assistência social como um direito de todo cidadão sem condições de prover seu próprio sustento, permanente ou provisoriamente. É dever constitucional do Estado promover a integração social das populações mais vulneráveis (Brasil, 2024). As políticas de assistência social foram consolidadas enquanto políticas públicas por meio da aprovação da Lei Orgânica de Assistência Social (Loas) nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e da criação do Sistema Único de Assistência Social (Suas), em 2005. Esse sistema tem como objetivo oferecer proteção social por meio da redução de vulnerabilidades, riscos e danos, defesa de direitos e enfrentamento da pobreza (Brasil, 2005).

Sobre a previdência social, a CF/88, além de consagrar a universalização dos direitos sociais, incluiu a população brasileira em um sistema de proteção previdenciária, amparando-a contra um rol de riscos sociais associados a dez eventos,

a saber: idade avançada; tempo de contribuição sob condições especiais; morte; incapacidade total e permanente; incapacidade parcial ou temporária; redução de capacidade laborativa; maternidade; despesas familiares com crianças; reclusão; e desemprego (Brasil, 2024).

Partindo desses pontos, compreende-se a abrangência das políticas voltadas para a proteção social direcionadas à população brasileira, ou seja, aos cidadãos de direitos em território nacional. No entanto, o Brasil, com suas dimensões continentais, há muito recebe e acolhe um grande contingente de pessoas de outros países, o que evidenciou a necessidade de ampliação dos direitos preconizados pela Constituição Federal para o alcance de uma cidadania ampla e transcultural que garantisse o direito às políticas sociais, de saúde, de assistência e de previdência social a todas as pessoas que estejam no território nacional, incluindo os imigrantes.

Políticas de proteção social ao imigrante no Brasil: da garantia de direitos à justiça social

Desde a última década, mais especificamente a partir de 2010, o fluxo migratório de pessoas, em especial latino-americanas, aumentou exponencialmente no país (Programa Criança Feliz, 2022). É sabido que, durante e após o processo migratório, certos grupos ou pessoas migrantes podem estar expostos a situações de exclusão social; discriminação ou estigmatização étnica e cultural; fragilização ou perda de vínculos familiares, afetivos e sociais; dificuldades para a inserção no mercado de trabalho formal, informal e acesso à renda, impulsionadas substancialmente pelas barreiras linguísticas, bem como pela ausência de documentação e o desconhecimento de direitos (Organização Internacional para as Migrações, 2022).

Por conseguinte, os imigrantes apresentam condições econômicas e sociais que justificam sua dependência de políticas públicas e de proteção social que lhes garantam vida e dignidade. Suas necessidades envolvem múltiplas esferas dos direitos humanos, como questões jurídicas, de segurança pública, trabalhistas, relacionadas à educação, saúde e seguridade social, o que exige uma articulação entre diferentes dispositivos institucionais para promover ações transversais (Brasil, 2016).

Visando a redução e a superação de vulnerabilidades e riscos sociais das pessoas imigrantes, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), no âmbito do Suas, tem como principal função a proteção social, juntamente à vigilância socioassistencial e à defesa de direitos. A organização de serviços socioassistenciais em rede ocorre de acordo com os seguintes tipos existentes de proteção social: a *proteção social básica*, quando há evidências de desproteção social, mas os vínculos familiares estão preservados; e as *proteções sociais especiais de média complexidade* ou *de alta complexidade*, em situações de maior gravidade, como violências, violações de direitos e nos casos de fragilização ou rompimento de vínculos familiares e sociais (Brasil, 2005).

A proteção social aos imigrantes deve ser garantida em todos esses níveis, a partir das demandas apresentadas e independentemente da nacionalidade e condição migratória, perpassando por diversos aspectos: provisão da acolhida; sobrevivência ou renda; desenvolvimento da autonomia; convívio ou vivência familiar, comunitária e social; e apoio e auxílio. Para isso, é imprescindível compreender o alcance e as finalidades dos tipos de proteção social, identificar as vulnerabilidades e situações de violações de direitos e articular outras políticas setoriais, tais como saúde, educação, trabalho, habitação, esporte, cultura, lazer (Brasil, 2012).

A integralidade da proteção social aos imigrantes também pode ser efetivada por meio do conjunto de programas, projetos, serviços e benefícios socioassistenciais que respeitam os princípios da universalidade, equidade, gratuidade e intersetorialidade no Suas. Nesse sentido, o reconhecimento do imigrante como um sujeito de direitos, que deve ser protegido e amparado pelo Estado, envolve uma série de articulações entre os órgãos setoriais e dispositivos legais nacionais. Além disso, a garantia dos direitos do imigrante deve ser uma responsabilidade das três esferas administrativas: federal, estadual e municipal (Organização Internacional para as Migrações, 2022).

No que se refere à previdência social, considerada o terceiro pilar da seguridade social, a proteção dos imigrantes sofre influência de acordos internacionais previdenciários bilaterais ou multilaterais firmados pelo Brasil. No entanto, estes ainda se mantêm pautados na manutenção de uma cobertura de apenas três riscos sociais: a idade avançada, a incapacidade laborativa e a morte (Tavares; Martins, 2020).

Por outro lado, identifica-se a dificuldade para a garantia de direitos previdenciários da população imigrante devido às próprias condições laborais vivenciadas.

Subempregos, trabalhos informais e a não inserção no mercado de trabalho por questões documentais, barreiras linguísticas ou relacionadas à nacionalidade, assim como pela própria desregulamentação das leis trabalhistas, acentuam as vulnerabilidades dos imigrantes no país no que se refere à garantia de subsistência, à segurança econômica e à possibilidade de ascensão social.

Regulamentação das ações de proteção social: uma análise documental

Com a finalidade de compreender de forma mais aprofundada como estão regulamentadas as políticas sociais de saúde e assistência social dentro do modelo de proteção social brasileiro, foi realizado um levantamento documental nos *sites* ministeriais do Governo Federal. Foram incluídas no *corpus* normativas, como decretos, leis, portarias e políticas, que trouxessem em seu escopo a descrição de ações de proteção social e incluíssem entre seu público-alvo os imigrantes no Brasil.

Os resultados da busca serão apresentados de forma sintética e descritiva, segmentados a partir dos ministérios da Saúde; dos Direitos Humanos e da Cidadania; do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; das Relações Exteriores; e da Defesa. Os ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Educação, embora incluídos inicialmente nos levantamentos realizados, não foram abordados neste capítulo devido à insuficiência de informações referentes a ações de proteção social à população imigrante no país.

Ministério da Saúde: contribuições para a política de saúde do imigrante

O Ministério da Saúde (MS) foi criado em 1953 e existe até os dias atuais. Seu modelo de proteção social se integra às políticas de saúde previstas na CF/88 por meio da garantia de ações e serviços pelo SUS, um modelo de atenção à saúde de acesso universal, integral e equânime aos brasileiros e estrangeiros considerado um dos maiores e mais complexos do mundo. No entanto, os profissionais de saúde e gestores ainda

têm o desafio de implementar, em caráter emergencial e contínuo, novos arranjos para o planejamento do cuidado aos imigrantes, levando em consideração demandas territoriais e aspectos culturais, sobretudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016).

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira culminou na garantia de direitos previstos na CF/88 e em uma nova forma de conceber a saúde frente aos aspectos biopsicossociais. O surgimento do SUS demarca a construção de um olhar ampliado, que rompeu definitivamente com a compreensão de que saúde é a simples ausência de doença, em prol do entendimento de que o processo saúde-doença envolve questões discutidas no escopo das determinações sociais e das relações de poder (Paiva; Teixeira, 2014).

As demandas de saúde dos imigrantes estão estreitamente relacionadas às suas condições de proteção social, ainda de execução incipiente. É prevalente a exposição dos migrantes internacionais a situações de vulnerabilidade: lesões ocupacionais, abuso sexual e outras formas de violência, uso abusivo de álcool e outras drogas, transtornos psicológicos e doenças infecciosas, com destaque para as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/aids, além da tuberculose e das hepatites virais. Nesta perspectiva, é essencial a formulação de acordos entre esferas governamentais nacionais e internacionais alinhadas aos direitos humanos relacionados à saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016).

No que se refere às iniciativas do Ministério da Saúde para a atenção à saúde do imigrante, são propostas ações articuladas com as esferas estaduais e municipais — sobretudo em cenários com grandes fluxos migratórios — por meio de acordos internacionais, portarias, planos de ações e protocolos. Estes documentos apontam métodos e orientações para o controle e a eliminação de doenças consideradas problemas de saúde pública e que podem, portanto, englobar a população imigrante.

Em um encontro entre ministros da Saúde do Mercosul, discorreu-se acerca da migração internacional na região e firmou-se o acordo nº 01/18, de 14 de junho de 2018. Este acordo dispôs sobre o compromisso de fortalecer as políticas sanitárias nacionais e regionais, assim como o sistema de vigilância da saúde pública em todos os níveis, como forma de zelar pela segurança, pela dignidade, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais de todos os migrantes internacionais, visando evitar riscos relacionados com a migração. Ademais, pactuaram estabelecer

mecanismos de cooperação entre os países para compartilhar experiências na implementação de intervenções de saúde que permitam o acesso da população migrante à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de enfermidades transmissíveis e não transmissíveis (Mercosul, 2018).

Ainda nesse encontro, foram reiterados os compromissos dos Estados ao *Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023*. Este plano buscou impulsionar mecanismos de emergência para o controle de surtos de doenças imunopreveníveis reforçando as políticas de vacinação e estabelecendo estratégias para a redução de risco frente a situações de migração massiva e de reintrodução dessas doenças (Mercosul, 2020). No que se refere ao enfrentamento de condições de saúde específicas, destacaram-se as iniciativas referentes à doença de Chagas, à poliomielite, à tuberculose e à covid-19.

A Portaria nº 57, de 30 de outubro de 2018, do MS, que aprovou o *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença de Chagas*, traz instruções específicas quanto ao rastreamento da doença, tendo em vista a imigração de pessoas provenientes de países latino-americanos com alta prevalência, e pontua a importância de estabelecer estratégias para determinar as populações de maior risco (Brasil, 2018a). Como o monitoramento e o controle de saúde com ações permanentes e qualificadas são essenciais para o enfrentamento de doenças endêmicas na América Latina, é importante a inserção da doença de Chagas na agenda de prioridades das políticas públicas de saúde, considerando os processos migratórios na região (Carneiro Junior *et al.*, 2018).

No mesmo sentido, o MS lançou o *Plano de erradicação da poliomielite: estratégia no Brasil* em 2015. Esse plano apresentou diretrizes para o monitoramento ambiental do poliovírus por meio de ações de vigilância em saúde. Essas ações incluíam a coleta de amostras de despejo de efluentes domésticos em localidades onde residem imigrantes/refugiados provenientes de regiões endêmicas (Paquistão e Afeganistão) ou de áreas de risco para a poliomielite (Nigéria, Guiné, Madagascar, República Democrática do Laos e Ucrânia) (Brasil, 2015). Destaca-se que o Brasil não registra casos de poliomielite pelo vírus selvagem desde 1989, contudo, diante da redução da cobertura vacinal e do iminente risco de recrudescimento da doença, são imprescindíveis condutas de vigilância em saúde com o estabelecimento de estratégias e políticas para o aumento da cobertura vacinal de toda população, incluindo migrantes internacionais (Souza *et al.*, 2022).

Com o intuito de diminuir o impacto e a propagação da tuberculose nas populações, o MS instituiu ações e estratégias voltadas às pessoas sob maior risco e vulnerabilidade, com especial atenção a contextos com taxas elevadas de imigração, considerando o amplo respaldo da literatura científica quanto às relações existentes entre a infecção pela doença e situações de migração, pobreza e falta de acesso à assistência em saúde (Ceccon *et al.*, 2017). Assim, os documentos *Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública: estratégias para 2021-2025* (Brasil, 2021a) e *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil* (Brasil, 2019), ambos lançados pelo MS, propõem estratégias e ações voltadas aos migrantes internacionais, as quais devem visar a prevenção e o cuidado integrado, bem como a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento oportuno.

O panorama relacionado à pandemia de covid-19 também trouxe a necessidade de o país, por meio do MS, estabelecer estratégias para a expansão do rastreamento de casos da doença, incluindo os imigrantes e os processos migratórios (Martin *et al.*, 2022). Essas estratégias, apresentadas no *Plano nacional de expansão da testagem para covid-19*, de 2021, compreenderam a realização da triagem de migrantes e refugiados em centros de acolhimento, com o uso do teste rápido, para identificação precoce das pessoas acometidas e redução da transmissão comunitária (Brasil, 2021b). No mesmo ano, a Portaria Interministerial nº 663, de 20 de dezembro de 2021, editada pelas pastas da Casa Civil, da Segurança Pública, da Saúde e da Infraestrutura, dispunha sobre a necessidade de comprovar a vacinação com no mínimo quatorze dias de antecedência da entrada no país (Brasil, 2021c).

Como apresentado, os planos governamentais de prevenção e controle de doenças infecciosas têm sido foco das iniciativas do Estado em relação à saúde do migrante internacional no Brasil, protagonizados pelo MS em parceria com instâncias nacionais e internacionais. Tais ações refletem a potencialidade do SUS frente às ações de imunização e vigilância em saúde. No entanto, também apontam algumas fragilidades, considerando um enfoque sanitário higienista que pode corroborar a estigmatização do migrante.

Ministério da Defesa: dificuldades para a garantia da proteção social ao migrante

O Ministério da Defesa foi criado em 10 de junho de 1999 e mantém-se na estrutura do governo até os dias atuais. Esse ministério, no período ditatorial, instituiu o Estatuto do Estrangeiro por meio da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, regulamentada pelo Decreto nº 86.715, de 10 de dezembro de 1981, visando proteger a soberania nacional e os interesses brasileiros diante de uma possível ameaça estrangeira (Claro, 2020). Nesse contexto da história brasileira, o migrante internacional era visto como um potencial inimigo para o país e sua população, o que é contradito com a promulgação da CF/88, que adota uma visão mais humanitária e confere direitos aos migrantes internacionais enquanto residentes no país (Claro, 2020; Feldman-Bianco, 2018).

Em meados de 2015, a migração dos venezuelanos para o Brasil gerou um grande desafio ao estado de Roraima, especialmente no que se refere à implantação de iniciativas da esfera federal na garantia da proteção social aos imigrantes. Políticas precisavam ser implementadas nos serviços públicos, sobretudo para a garantia de acesso aos serviços de saúde, moradia, educação e assistência social. Ao mesmo tempo, essas pessoas resistiam em se deslocar para outros estados do país pela necessidade de estarem próximas à fronteira e aos fluxos que podiam levar recursos aos seus familiares.

No que se refere às iniciativas do Ministério da Defesa na Operação Acolhida, criada pelo Governo Federal em 2018, pode-se destacar o envio das forças militares para os pontos de acolhimento na fronteira do Brasil com a Venezuela. Essa ação foi baseada na Medida Provisória nº 820, de 2018, que dispõe sobre medidas de assistência emergencial para acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária, convertida na Lei nº 13.684/2018.

Apesar de a proteção social ser um direito previsto aos imigrantes por lei, grande parte das responsabilidades atribuídas às forças militares pelo Estado contou com o apoio da sociedade civil, que auxiliou, na Operação Acolhida, em postos de identificação, na triagem, vacinação, atendimento de saúde, abrigos, alimentação diária e higiene (Silva *et al.*, 2019). Precisam, pois, ser analisadas de forma crítica as formas como são instituídas as iniciativas de emergência de ações humanitárias à garantia da proteção social. Há que se considerar também que houve situações de

xenofobia, tensão política, violência, preconceito e acusações contra os venezuelanos como propagadores de epidemias, além de discursos a favor do fechamento de fronteiras e da criação de barreiras sanitárias.

O Decreto nº 9.285, de 2018, reconheceu a situação de vulnerabilidade decorrente do fluxo migratório provocado pela crise humanitária na República Bolivariana da Venezuela. Já o Decreto nº 9.286, de 2018, definiu a composição, as competências e as normas de funcionamento do Comitê Federal de Assistência Emergencial para o acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado por crise humanitária. Este último foi revogado pelo Decreto nº 9.970, de 14 de agosto de 2019, que aprofundou e ampliou a governança do comitê e estabeleceu a criação de subcomitês federais, definindo suas competências. Esse decreto também foi revogado e houve mais duas versões posteriores: Decreto nº 10.745, de 8 de julho de 2021, e Decreto nº 10.917, de 29 de dezembro de 2021.

No intuito de aperfeiçoar continuamente a Operação Acolhida, o Ministério da Defesa, conforme estabelecido na Portaria nº 1.223, de 10 de março de 2021, instituiu, em caráter temporário, a Secretaria-Executiva de Coordenação de Ações de Assistência Emergencial (SECAAE). A prorrogação do funcionamento da SECAAE foi estabelecida pela Portaria nº 3.448, de 23 de junho de 2022, pelo período de quinze meses, no âmbito do Estado-Maior Conjunto das Forças Armadas. Essa prorrogação visava atender às atribuições conferidas ao Ministério da Defesa relativas ao acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade decorrente de fluxo migratório provocado pela crise humanitária, conforme estabelecido na portaria de março de 2021.

As iniciativas governamentais que apresentam a intervenção do Exército, apesar de inicialmente efetivas para o acolhimento humanitário, revelam o despreparo do governo na implementação de políticas de proteção social e na garantia de acesso a bens e serviços. De acordo com Vasconcelos e Machado (2021), a organização de abrigos e a distribuição de alimentos por militares proporcionam um serviço humanitário limitado e engessado. As medidas rígidas de vigilância sobre corpos e documentos, que, segundo os venezuelanos, geram “asfixia”, constituem-se como o principal motivo de retorno ao país de origem; segundo outro estudo, há relatos de abandono e solidão nos processos de acolhimento e interiorização (Uebel; Márquez; Fröhlich, 2021). No decorrer da pandemia de covid-19, não houve garantia de acesso

no Brasil aos migrantes venezuelanos nem reconhecimento de cidadania devido à instabilidade diante da possível ameaça de circulação do vírus. Contudo, a Venezuela apresentou taxas menores da doença que o Brasil, que liderava os *rankings* de casos e óbitos (Uebel; Márquez; Fröhlich, 2021).

Em síntese, a Operação Acolhida mitigou, de forma emergencial, as necessidades elementares, em caráter prioritário, por meio de abrigamentos, assistência à saúde, documentação, ensino do idioma e incentivo à interiorização dos imigrantes nas demais unidades federativas do Brasil. Contudo, a implementação da política migratória ficou relegada a iniciativas dos atores da sociedade civil organizada e das forças-tarefas militares, em detrimento da substituição desse modelo pela concretude da governança com foco na assistência social e pública, indo além dos direitos civis, rumo à incorporação de ações realizadas em favor do migrante para sua autonomia, emancipação e cidadania.

Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania e Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

O Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania foi criado em 7 de abril de 1997, extinto em 16 maio de 2016 (primeira extinção), transformado em Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos em 1º de janeiro de 2019 e recriado em 1º de janeiro de 2023. O Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome foi criado em 23 de janeiro de 2004, incorporado ao Ministério da Cidadania em 1º de janeiro de 2019 (Esporte e Cultura também foram incorporados a esse ministério) e recriado em 1º de janeiro de 2023. Esses ministérios serão discutidos conjuntamente nesta seção, pois as pastas da Cidadania e do Desenvolvimento Social foram, em alguns momentos, aglutinadas e, em outros momentos, segmentadas ao longo das gestões presidenciais. Contudo, cabe ressaltar que, para além da nomenclatura dos ministérios, suas atuações refletiram posições ideológicas diferentes, que, por vezes, tiveram cunho progressista e alinhado a uma visão mais protetiva do Estado, enquanto em outras ocasiões assumiram uma abordagem de extrema direita, com viés neoliberal.

Para o conjunto de ministérios tratados nesta seção, foram identificados quinze documentos³ que dispunham sobre os repasses emergenciais a municípios e unidades da Federação que receberam ou recebem fluxos importantes de migrantes internacionais. Entre os documentos encontrados, duas portarias, do ano de 2012, visavam destinar recursos para os estados do Acre e Amazonas, para a execução de ações socioassistenciais nos municípios que haviam recebido grande contingente de migrantes internacionais haitianos, vindos ao país em função de crises humanitárias.

Quanto aos venezuelanos, com o objetivo de integrar as famílias em situação de vulnerabilidade beneficiárias da Política Nacional de Assistência Social, para obterem acesso a oportunidades de trabalho, em 27 de dezembro de 2018, um Acordo de Cooperação Técnica nº SEI 2881838 foi firmado entre o Ministério do Desenvolvimento Social e a Pia Sociedade de São Paulo (Paulus). Mais tarde, o governo editou a Resolução nº 49, de 23 de novembro de 2021, e o *Caderno de orientações técnicas: Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho: Acessuas Trabalho*, incluindo migrantes internacionais de qualquer nacionalidade entre os beneficiários de um programa para auxiliar pessoas em situação de vulnerabilidade a conseguir um trabalho (Brasil, 2022a).

Há ainda ações direcionadas aos migrantes internacionais provenientes da Venezuela que adentram o Brasil pelo estado de Roraima e que têm se deslocado para outras localidades por meio da estratégia de interiorização do Governo Federal. Essa estratégia prevê a organização da chegada, a regularização da entrada no país, a imunização contra doenças e a inserção social e econômica, bem como a alocação em casas de passagem e a execução de ações socioassistenciais (Brasil, 2022b).

Além disso, com o fluxo migratório agravado pela pandemia de covid-19, buscou-se assegurar a manutenção da oferta do atendimento do Suas à população, nos diferentes cenários epidemiológicos, por meio da Portaria nº 100, de 14 de julho

3 Portaria nº 8, de 25 de janeiro de 2012; Portaria nº 244, de 21 de novembro de 2012; Portaria nº 131, de 11 de abril de 2017; Portaria nº 280, de 14 de julho de 2017; Medida Provisória nº 820, de 15 de fevereiro de 2018; Portaria nº 629, de 28 de fevereiro de 2018; portarias nº 950 e nº 951, de 9 de março de 2018; Decreto nº 9.970, de 14 de agosto de 2019; Acordo de Cooperação Técnica nº 35, de 24 de agosto de 2018; Portaria nº 2.379, de 26 de dezembro de 2019; Decreto nº 10.917, de 29 de dezembro de 2021; Acordo de Cooperação Técnica, de janeiro de 2021; Portaria nº 770, de 29 de abril de 2022; Portaria nº 819, de 5 de outubro de 2022.

de 2020. Ressalta-se que, entre 2020 e 2021, foram publicadas outras cinco portarias⁴ que trataram do repasse emergencial aos municípios/estados que receberam imigrantes sem focar especificamente em alguma nacionalidade.

Todos esses repasses estão fundamentados no inciso II do art. 12 da Lei nº 8.742 (a Loas), na Lei nº 13.684, de 21 de junho de 2018, e na Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019. Os recursos foram concedidos em parcela única, equivalente a seis meses de atendimento, transferidos via Fundo Nacional de Assistência Social para os estados, municípios e para o Distrito Federal. As localidades contempladas tinham trinta dias, a contar do recebimento do recurso, para apresentar um plano de ação acerca da sua utilização, conforme modelo definido pela Secretaria Nacional de Assistência Social.

A Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020, aprovada por meio da Nota Técnica nº 13/2020, traz recomendações garantidoras da proteção social à população em situação de rua. Os registros no Cadastro Único (CadÚnico) para programas sociais do Governo Federal mostravam cerca de 150 mil pessoas nesta situação, entre as quais se destacavam os migrantes internacionais. Trata-se de uma portaria firmada em resposta à Lei de Migração, que assegura a todos os migrantes e refugiados, mesmo aqueles em situação irregular, o acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social. Salienta-se, nessa portaria, a necessidade específica de adaptação da linguagem/idioma aos imigrantes e de especial atenção a ser dada às crianças e adolescentes em situação de imigração desacompanhados e/ou separados de seus familiares ou de responsáveis legais.

Além dessa regulamentação em favor da população em situação de rua, foram estabelecidas recomendações gerais para garantir a continuidade do atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar na rede socioassistencial do Suas durante o período da pandemia por covid-19. Tais recomendações constam na Portaria nº 86, de 1º de junho de 2020, que prevê tanto a organização e suporte à rede socioassistencial quanto a adoção de medidas que respeitem as especificidades das mulheres, incluindo-se, entre outras, as imigrantes.

Também foram publicadas as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Assistência Social, por meio da Resolução nº 59, de 14 de fevereiro de 2022, com o intuito

4 Portaria nº 369, de 29 de abril de 2020; Portaria nº 468, de 13 de agosto de 2020; Portaria nº 614, de 26 de fevereiro de 2021; Portaria nº 641, de 9 de julho de 2021; e Portaria nº 723, de 21 de dezembro de 2021.

de garantir a ampliação e a regularização do cofinanciamento dos serviços socioassistenciais de proteção social básica e especial, com vistas a aprimorá-los e ampliá-los nos territórios e a implantar totalmente o Suas, inclusive no que diz respeito ao atendimento das minorias, considerando-se os imigrantes.

Outras duas ações identificadas foram: a celebração de acordo internacional para proporcionar cobertura previdenciária aos imigrantes, disposta na Resolução nº 660, de 20 de setembro de 2018; e uma publicação de 2022, chamada *Orientações sobre o Índice de Gestão Descentralizada do Programa Auxílio Brasil aos municípios*, que sugere contratar intérpretes, por tempo determinado, para auxiliar na realização de estudos e pesquisas com refugiados e imigrantes socialmente assistidos pelo Programa Auxílio Brasil e pelo CadÚnico.

Ministério das Relações Exteriores: do isolamento ao Pacto Global

O Ministério das Relações Exteriores foi criado em 22 de abril de 1821 e existe até os dias atuais. A formulação e a execução da política externa brasileira são de responsabilidade dessa pasta, que dá o tom às relações diplomáticas do Brasil com outras nações e órgãos internacionais. Diante da postura isolacionista do governo nacional no período de 2018 a 2022, poucas iniciativas direcionadas à proteção social dos imigrantes foram desenvolvidas, sendo editados apenas dois documentos com referência ao assunto.

O primeiro é a Portaria Interministerial nº 10, de 6 de abril de 2018 (Brasil, 2018b), editada conjuntamente pelos ministérios da Justiça, das Relações Exteriores e do Trabalho. Teve como finalidade promover a regulamentação da entrada de haitianos e apátridas residentes no Haiti, por meio da concessão de visto temporário e da autorização de residência. Destaca-se que a concessão de visto era condicionada aos critérios de não estar inadimplente com a justiça e ter o certificado internacional de imunização.

O segundo é um documento com regulamentações direcionadas exclusivamente a pessoas que viessem ao país para exercer atividades desportivas, a saber: técnico desportivo, preparador físico, preparador de atletas, treinador profissional de

futebol, bem como os demais profissionais pertencentes a categorias ocupacionais correlacionadas. Trata-se da Resolução Normativa CNIG MJSP nº 47, de 26 de maio de 2022, que prevê a concessão de autorização de residência “[...] para fins de trabalho, com vínculo empregatício no Brasil, ao estrangeiro que venha exercer atividades desportivas no país” (Brasil, 2022c).

Em um comunicado publicado no dia 5 de janeiro de 2023, o Itamaraty anunciou que o Brasil retornava ao Pacto Global de Migrações da Organização das Nações Unidas (ONU). Esse acordo fora instituído em 2018, contudo, abandonado pelo presidente Jair Bolsonaro (2019-2022) no início de seu mandato (Paixão, 2023). O retorno representou ganhos imensuráveis no que se refere às relações diplomáticas do Brasil, promovendo participações em acordos de assentamento de refugiados tanto interna quanto externamente ao nosso território nacional. A Organização Internacional para as Migrações, agência da ONU que é “[...] o principal organismo intergovernamental no campo da migração e trabalha em estreita colaboração com parceiros governamentais, intergovernamentais e não governamentais” (Organização Internacional para as Migrações, 2023), celebrou a decisão.

A retomada do acordo representou um ponto de partida para que o Brasil estabeleça, de maneira efetiva e concreta, uma política de Estado voltada aos imigrantes e aos refugiados. Isso porque as políticas de governo, conforme frequentemente observado, se articulam ora mais, ora menos, às diversas instituições internacionais. Essas políticas estão diretamente relacionadas aos chefes do Poder Executivo (prefeitos, governadores e presidente) e tendem a ser ou descontinuadas, ou implementadas, a depender dos interesses político-partidários.

Considerações finais

O processo migratório no Brasil ainda é permeado por tensionamentos geopolíticos, culturais e ideológicos que desafiam a efetivação de políticas públicas voltadas à população imigrante. Nesse sentido, políticas de proteção social necessitam ser abrangentes e transversais às políticas sociais, de saúde e de assistência social. Apesar dos desafios para a sua implementação, elas têm grande potencialidade para reduzir os riscos e as vulnerabilidades sociais da população imigrante no Brasil.

Quando analisadas sob a ótica do acesso a direitos fundamentais, as políticas discutidas neste capítulo dividem-se em dois grupos: políticas de governo e políticas de Estado. A distinção repousa não apenas na efetivação para a população imigrante, mas, sobretudo, em sua manutenção a longo prazo. Em governos progressistas, nota-se a priorização de aspectos relacionados à dignidade e à cidadania das pessoas em território nacional, o que resulta em medidas conduzidas por um Estado mais protetor aos imigrantes. Por outro lado, em governos alinhados a uma ótica mais neoliberal, as políticas de proteção social são fragilizadas, sendo compreendidas como políticas pontuais de governo, de responsabilidade momentânea, o que dificulta a compreensão abrangente dos direitos fundamentais à vida.

Ademais, dois aspectos merecem destaque. Primeiramente, a dificuldade de atuação intersetorial, uma vez que as pastas analisadas apresentaram poucas interfaces entre si. O segundo destaque é a descontinuidade de políticas, estratégias e programas, bem como a extinção ou a substituição de ministérios, resultando na impossibilidade de acesso a informações referentes a decisões tomadas. Nesse sentido, a pesquisa apresentada neste capítulo tem como limitação o não esgotamento das regulamentações interessantes ao modelo de proteção social, uma vez que a escolha dos ministérios foi intencional, e não foram acessadas informações de outras pastas (Educação; Trabalho; Igualdade Racial; Mulheres; Portos e Aeroportos; Cultura), renomeadas em diferentes governos. Outra limitação consiste na ausência de sistemas de informação e plataformas específicas para a busca de dados sobre os imigrantes. Assim, a dispersão das informações pode ter ocasionado a perda de dados relevantes para discussão.

Ressalta-se que as políticas voltadas à proteção previdenciária, embora não tenham sido abordadas, ainda restringem à população imigrante no país um pequeno rol de benefícios sociais. Isso ocorre devido aos requisitos necessários para o acesso à previdência social, como o caráter contributivo e a comprovação de períodos relativamente longos de residência em território nacional com filiação a algum tipo de emprego formal. Esses critérios contribuem para a manutenção de uma situação de vulnerabilidade e risco social.

Por fim, invoca-se a necessidade veemente de ampliação das políticas de proteção social, conforme previsto pela CF/88 e leis complementares voltadas aos imigrantes. Isso é fundamental para garantir efetivamente a integração deles no campo do direito e o reconhecimento da sua cidadania, como estabelecido em lei. Para tal

efetivação, é imprescindível a integração e a articulação dos diferentes ministérios, entidades da sociedade civil organizada, governos municipais e estaduais, bem como o fortalecimento das políticas de cooperação entre diferentes países, além do reconhecimento, mesmo frente à fragilização do escopo das leis trabalhistas, dos direitos do imigrante e de sua inserção nas políticas previdenciárias.

Referências

- BRANDT, G. G. B.; WASSERMAN, M. O estereótipo como elemento discursivo: reflexões a partir da figura do imigrante no Brasil. **Aedos**, v. 12, n. 27, p. 72-94, 2021.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 3 fev. 2025.
- BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei da Migração. Brasília: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm. Acesso em: 15 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Cidadania. **Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho – Acessuas Trabalho**. Brasília: Secretaria Especial de Desenvolvimento Social: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022a. Caderno de orientações técnicas. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/publicacoes/desenvolvimento-social/Caderno_Orientacoes_Tecnicas_Acessuas_Trabalho_2022.pdf. Acesso em: 3 fev. 2025.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional do Seguro Social. **Manual de procedimentos em benefícios por incapacidade**. Brasília: Diretoria de Saúde do Trabalhador, 2010. v. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil livre da tuberculose: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública: estratégias para 2021-2025**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diagnosticar para cuidar: plano nacional de expansão da testagem para covid-19 Brasil**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021b.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de erradicação da poliomielite**: estratégia no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 57, de 30 de outubro de 2018**. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença de Chagas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2018a. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_doenca_de_chagas.pdf/view. Acesso em: 2 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, 2019.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **O papel da assistência social no atendimento aos migrantes**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2016.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS. Brasília: Conselho Nacional de Assistência Social, 2012.
- BRASIL. **Operação Acolhida alcança marca de 84,4 mil venezuelanos interiorizados no Brasil**. Brasília, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2022/10/operacao-acolhida-alcanca-marca-de-84-4-mil-venezuelanos-interiorizados-no-brasil>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 10, de 6 de abril de 2018. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, n. 67, p. 57, 9 abr. 2018b.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº 663, de 20 de dezembro de 2021. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, ano 159, nº 238-A, p. 1, 20 dez. 2021c.
- BRASIL. Resolução Normativa CNIG MJSP nº 47, de 26 de maio de 2022. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 162, p. 255, Brasília, 25 ago. 2022c.

- CARNEIRO JUNIOR, N. *et al.* Migração boliviana e doença de Chagas: limites na atuação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS). **Interface:** comunicação, saúde, educação, Botucatu, n. 22, v. 64, p. 87-96, 2018.
- CECCON, R. F. *et al.* Mortalidade por tuberculose nas capitais brasileiras, 2008-2010. **Epidemiologia Serviço e Saúde**, Brasília, n. 26, v. 2, p. 349-358, 2017.
- CLARO, C. A. B. Do Estatuto do Estrangeiro à Lei de Migração: avanços e expectativas. **Boletim de Economia e Política Internacional**, n. 26, p. 41-53, set. 2019/abr. 2020.
- FELDMAN-BIANCO, B. O Brasil frente ao regime global de controle das migrações: direitos humanos, securitização e violências. **Travessia:** revista do migrante, ano 31, n. 83, 2018.
- FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. *In:* GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- MARTIN, D. *et al.* Migração e refúgio: temas necessários para o ensino na Enfermagem em tempos de covid-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 75, supl. 2, e20210872, p. 1-5, 2022.
- MERCOSUL. **Acordo dos ministros de Saúde do Mercosul sobre migração na região**. Acordo nº 01, de 14 de junho de 2018. Assunção, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/migracao-pdf/view>. Acesso em: 12 jan. 2023.
- MERCOSUL. **Declaração dos ministros da Saúde do Mercosul em face de situação de risco de reintrodução na região das Américas de doenças já eliminadas, com ênfase em sarampo, rubéola e poliomielite**. Assunção, 19 nov. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/reintroducao-pdf/view>. Acesso em: 5 jan. 2023.
- NASCIMENTO, M.; BRANDT, F. Sonho imigrante. *In:* ALENCAR, C.; RIBEIRO, M. V.; CECCON, C. (org.). **Brasil vivo**. São Paulo: Vozes, 1996. v. 1, p. 10.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. **Guia de atendimento a migrantes internacionais no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (Suas)**. Brasília: OIM, 2022.

- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. **Quem somos.** c2023. Disponível em: <https://brazil.iom.int/pt-br/quem-somos>. Acesso em: 13 jan. 2023.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde dos migrantes.** 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. 55º Conselho Diretor. Washington: OPAS, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-11-p.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2023.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.
- PAIXÃO, M. Brasil vai retornar ao Pacto Global de Migrações da ONU. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 5 jan. 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2023/01/brasil-volta-ao-pacto-global-de-migracoes-da-onu-anuncia-itamaraty.shtml>. Acesso em: 23 set. 2025.
- PROGRAMA CRIANÇA FELIZ. **Guia para acolhimento de migrantes, refugiadas e refugiados.** Brasília: Nações Unidas Brasil, 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/205849-guia-para-acolhimento-de-migrantes-refugiadas-e-refugiados>. Acesso em: 26 dez. 2022.
- SILVA, M. I. C. *et al.* A atuação das Forças Armadas na resposta à crise migratória venezuelana no estado de Roraima. *In*: CONGRESSO ACADÊMICO SOBRE DEFESA NACIONAL, 16., 2019, Rio de Janeiro. [Artigos...]. Brasília: Ministério da Defesa, 2019. p. 1-12. Disponível em: https://www.gov.br/defesa/pt-br/arquivos/ensino_e_pesquisa/defesa_academia/cadn/artigos/xvi_cadn/aa_atuaoa_dasa_forasa_armadasa_naa_respostaa_aa_crisea_migratoriaa_venezuelana.pdf. Acesso em: 12 jan. 2023.
- SOUZA, J. F. A. *et al.* Cobertura vacinal em crianças menores de um ano no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3659-3667, 2022.
- TAVARES, M. L.; MARTINS, L. L. Proteção previdenciária de imigrantes no Brasil: a cobertura dos acordos internacionais de cooperação previdenciária. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, v. 57, n. 225, p. 61-82, 2020.
- UEBEL, R. R. G.; MÁRQUEZ, L. S.; FRÖHLICH, M. Governança migratória e pandemia da covid-19: a resposta brasileira à crise migratória de

venezuelanos pela Operação Acolhida. **Monções**: revista de relações internacionais da UFGD, v. 10, n. 20, p. 107-140, 2021.

VASCONCELOS, I. S.; MACHADO, I. J. R. Uma missão eminentemente humanitária? Operação Acolhida e a gestão militarizada nos abrigos para migrantes venezuelanos/as em Boa Vista-RR. **REMHU**: revista interdisciplinar da mobilidade humana, v. 29, n. 63, p. 107-122, 2021.

VIANA, A. L. d'Á.; LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. *In*: VIANA, A. L. d'Á.; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ, N. (org.). **Proteção social**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 15-57.

VIANA, A. L. d'Á.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008.

Perspectivas interculturais para a abordagem do migrante em situação de vulnerabilidade social no Brasil

Luana Carvalho de Oliveira · Cleber Tiago Cirineu · Regina Célia Fiorati

Vulnerabilidade social: imigração e refúgio no Brasil

A migração é um fenômeno de longa data que contribui ainda hoje para a formação das populações. O cruzamento de fronteiras tem diversas implicações, gerando vários conflitos e impactos importantes quando se trata da redefinição de pertencimento dos migrantes (Imilan Ojeda; Márquez Belloni; Stefoni Espinoza, 2015). Isso porque a migração tem um caráter econômico, político e social complexo, e as razões para migrar, a decisão, a jornada, a inserção na sociedade receptora e a manutenção dos vínculos com a sociedade de origem são diferentes arestas da experiência. A migração sempre deixa uma marca indelével na vida da sociedade e de cada sujeito que a experimenta (Arellano Agurto; Montecinos Navarro; Orellana Oliva, 2016).

Dados internacionais apontam que, em 2020, 52 % dos migrantes eram homens e 48 % mulheres (McAuliffe; Oucho, 2024), o que representa cifras não

muito dessemelhantes. Porém, nos últimos anos, estudos têm apontado uma crescente invisibilização das mulheres migrantes, cujas dinâmicas migratórias diferem daquelas dos homens (Vicente Torrado, 2014).

Para compreender os fluxos migratórios no Brasil, especialmente entre os anos de 2010 e 2019, é preciso contextualizar a conjuntura global recente, que se iniciou com a crise econômica internacional em 2007, nos Estados Unidos. Tal crise afetou fortemente a Europa e o Japão, complexificando o fenômeno migratório latino-americano, com destaque para o cenário brasileiro (Cavalcanti; Oliveira; Tonhati, 2015). Nesse contexto, aumentou, nos anos seguintes, o número de imigrantes provenientes do chamado sul global¹ para o país, como senegaleses, congoleses, angolanos, haitianos e venezuelanos, entre outros (Cavalcanti; Oliveira, 2020). Houve ainda queda significativa de rendimentos dos imigrantes inseridos no mercado de trabalho formal brasileiro (Hallak; Simões, 2020). Isso desencadeou grandes desigualdades sociais, que impactaram fortemente essa população (Cavalcanti; Oliveira, 2020).

De acordo com Hallak e Simões (2020), as desigualdades relacionadas ao país de origem estão instaladas de maneira muito contundente no mercado de trabalho brasileiro. Essas disparidades incluem: mulheres imigrantes recebendo cerca de 70 % do valor dos rendimentos dos trabalhadores do sexo masculino; pessoas de raça/cor branca, em sua maioria europeus, auferindo rendimentos muito superiores aos negros; refugiados e solicitantes de refúgio tendo rendimentos mais baixos que os demais imigrantes; e os imigrantes entre 40 e 65 anos, em geral, tendo rendimentos mais altos.

As desigualdades de gênero são muito sentidas pelas mulheres imigrantes, que ocupam menos de 30 % dos postos de trabalho formais. Entre os anos de 2010 e 2019, as mulheres imigrantes no contexto brasileiro eram jovens, com ensino médio completo, provenientes de países da América Latina (Haiti, Venezuela, Cuba e Paraguai) e trabalhavam em setores de limpeza, produção ou venda de alimentos e frigoríficos,

1 O “sul global” é compreendido como a divisão internacional que emergiu no Pós-Guerra Fria, segundo a qual o mundo não seria mais dividido entre Leste (países comunistas) e Oeste (países capitalistas), mas entre Norte (países desenvolvidos, industrializados no século XIX) e Sul (países em desenvolvimento, ex-colônias e de industrialização tardia). O debate social a partir das “teorias do sul” surge como uma nova perspectiva teórica e epistemológica, com origem em movimentos como os estudos decoloniais, pós-coloniais, de modernidades múltiplas e de distintas fases da modernidade (Caixeta, 2014; Rosa, 2014).

com renda média aproximada de dois salários mínimos. Os maiores índices de empregabilidade estavam no estado de São Paulo e na Região Sul (Tonhati; Macedo, 2020).

As implicações relacionadas à imigração foram potencializadas durante a pandemia, levando a reflexões sobre as desigualdades e vulnerabilidades dos imigrantes e refugiados no Brasil (Cavalcanti; Oliveira, 2020; Hallak; Simões, 2020; Oliveira, 2020; Oliveira; Cavalcanti; Costa, 2020; Oliveira; Oliveira, 2020; Silva, 2020; Tonhati; Macedo, 2020). São tanto questões de gênero e raciais quanto acerca da ocupação dos imigrantes no mercado de trabalho informal ou respeitantes à análise do marco jurídico e às garantias de direitos e acesso aos serviços públicos.

Sabe-se que existem muitas situações em que pessoas estrangeiras são expostas à discriminação ou ao estigma, devido a seus costumes, idioma, cor de pele ou simplesmente por sua origem. Isso implica o enfrentamento de diversas limitações para a participação e o sentido de pertencimento dos imigrantes, o que é patenteado por suas habitações, condições de trabalho e acesso restringido aos direitos civis, sociais, políticos e culturais (Garuti, 2016).

Como a cultura desempenha um papel primordial na dinâmica da participação e no sentido de pertencimento de indivíduos ou grupos nos distintos contextos, impõe-se uma reflexão acerca desse conceito, de natureza extensa e complexa. Concentrando-nos no contexto das ciências da saúde, temos Langdon e Wiik (2010), para quem a cultura compreende um conglomerado de componentes que transcendem fatores biológicos, manifestando-se de maneira compartilhada em um determinado contexto social. Esses componentes constituem a fundação sobre a qual os indivíduos conferem significados às suas ações e interações, sustentando, assim, as estruturas sociais preexistentes, bem como suas instituições e modalidades operacionais.

Por sua vez, Zygmunt Bauman (2012) aborda a intrínseca ambiguidade subjacente ao conceito de cultura, elucidando que tal termo está profundamente arraigado na sociedade e é amplamente reconhecido, ainda que muitas vezes de modo impensado e fundamentado na experiência pessoal de vida, embora seja objeto de exploração de distintas áreas do conhecimento.

Perspectiva intercultural no contexto brasileiro: ênfase a mulheres imigrantes e refugiadas

Nesta seção, em especial, será abordada a situação de vulnerabilidade social dos imigrantes e refugiados no Brasil, assim como suas perspectivas interculturais, com base nos principais resultados de uma pesquisa de mestrado defendida em 2022 na Universidade de São Paulo por Luana Carvalho de Oliveira, uma das autoras do capítulo. A pesquisa teve o objetivo de analisar os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas na cidade de São Paulo e demonstrou como vulnerabilidades sociais, em particular aquelas relacionadas a raça, gênero, país/continente de origem e condições socioeconômicas, as afetam nesse sentido.

Interculturalidade denota uma dinâmica de interação e relacionamento entre indivíduos oriundos de distintas culturas, caracterizada pela partilha de universos singulares (Dantas, 2017). Segundo Pachi (2018), a interculturalidade desempenha um papel crucial na promoção da integração, facilitando a convivência entre sujeitos provenientes de culturas diversas. Essa perspectiva fundamenta-se na premissa da igualdade intrínseca de todos os seres humanos, destacando que o contato com o outro deve ser encarado como uma oportunidade para o intercâmbio de experiências, pautado no diálogo e no respeito pelas disparidades culturais.

Desse modo, pensar, sob a perspectiva intercultural, o imigrante em situação de vulnerabilidade no Brasil envolve compreender as características e o cotidiano dele. Afinal de contas, a qual imigrante estamos nos referindo? A um homem branco europeu? A uma mulher preta de um país africano? De acordo com estudos de Oliveira (2022), essas e outras dimensões caracterizam a experiência migratória ou de refúgio das pessoas e a influenciam, podendo ter impacto inclusive sobre a saúde dos migrantes.

Retoma-se aqui a diferença entre os conceitos de imigrante e refugiado, abordada no primeiro capítulo deste livro: refugiados são pessoas que, devido a confrontos ou perseguições, necessitam abandonar o país de origem e buscar proteção em outros locais; imigrantes escolhem mudar de país por questões pessoais, como emprego, família e estudo (Acnur, 2015, 2018). Logo, são situações completamente diferentes, pois o refugiado já se encontra envolto em uma série de estresses e possíveis traumas em sua vida cotidiana.

É certo que o próprio processo de mudança de país envolve diversos fatores possivelmente estressores. Trata-se da inserção em uma nova cultura, da adoção de uma nova língua e da adequação a outros costumes, processo em que a pessoa naturalmente encontra determinadas dificuldades e passa por uma sequência de adaptações (Franken; Coutinho; Ramos, 2012). Além disso, como demonstrou Oliveira (2022), fatores como raça/cor, gênero e condição socioeconômica influenciam no modo como os imigrantes são recebidos no país, refletindo no processo migratório e de refúgio.

As participantes da pesquisa apresentada nesta seção eram mulheres em situação de vulnerabilidade social, com acesso limitado a moradia, educação e saúde, e oriundas de países com elevados níveis de pobreza e desigualdade socioeconômica. Elas se autodeclararam pretas, pardas e indígenas, os grupos raciais que sofrem preconceito com maior frequência no Brasil (Oliveira, 2022).

Com a realização da caracterização socioeconômica, de gênero e racial, o estudo conseguiu identificar que essas mulheres vivenciavam constantemente situações de racismo, discriminação e xenofobia no Brasil, por serem originárias de ex-colônias situadas no sul global, com recursos socioeconômicos limitados e pertencentes a populações não brancas (Brandt; Wasserman, 2021; Oliveira, 2022). Isso porque o Brasil é um país construído sob uma perspectiva colonialista, que estima a cultura, os saberes e os indivíduos dos continentes europeu e norte-americano (Maia; Farias, 2020; Oliveira, 2022).

Para Bertoldo (2021), não é possível discutir sobre a imigração no Brasil sem abordar os fatores raciais, pois eles influenciam na recepção e no tratamento dado aos imigrantes pretos, do sul global, africanos, indígenas e latinos. Assim, os elementos de nacionalidade e racial são determinantes no tratamento político-jurídico concedido à população imigrante no Brasil.

Na pesquisa de Oliveira (2022), observou-se que o fato de as participantes serem estrangeiras não era o que gerava as situações discriminatórias, mas sim seu *status* de mulheres, pobres, pretas, indígenas, imigrantes ou refugiadas, latino-americanas, africanas, entre outros aspectos. A opressão de gênero se manifestou por meio da cultura heteropatriarcal presente na vida dessas mulheres, revelada pela exploração e subjugação em situações como as que envolvem a sobrecarga feminina, decorrente da tripla jornada e da divisão sexual do trabalho (Oliveira, 2022).

O estudo teve como marco teórico os determinantes sociais da saúde, os quais evidenciam que a maneira como a sociedade se constitui e se organiza reflete na saúde das pessoas, gerando desigualdades neste âmbito (Solar; Irwin, 2010). Tais determinantes, como as condições materiais de vida, alimentação, emprego, moradia, gênero, raça e outros, tiveram um papel fundamental na vulnerabilidade e saúde das mulheres, tendo em vista seus baixos recursos socioeconômicos (Oliveira, 2022).

Vale ressaltar que a pesquisa foi realizada sob uma perspectiva interseccional, de acordo com a qual há uma indissociabilidade entre o capitalismo, o cis-heteropatriarcado e o racismo, atuando na sobreposição dos fatores de opressão de gênero, raça e classe (Akotirene, 2019). Desse modo, compreender a intersecção desses fatores nas mulheres participantes da pesquisa possibilitou identificar suas vulnerabilidades, sob as quais elas permaneciam inertes (Oliveira, 2022).

As participantes estavam submetidas à exclusão devido às opressões relacionadas à raça e ao gênero, com acesso restrito às condições básicas de vida, o que influenciou na sua experiência migratória. Esses fatores configuram-se como estressores psicossociais que impactam na saúde mental. Desse modo, a intersecção de raça, gênero e condições socioeconômicas, assim como os demais determinantes sociais da saúde, pluralizava as vulnerabilidades das participantes e produzia riscos à saúde mental delas (Oliveira, 2022).

Como agravante, destaca-se o apontado por Silva e Lima (2017): o acesso dos imigrantes aos instrumentos e serviços públicos não é o mesmo que o da população autóctone, e isso contribui ainda mais com a vulnerabilidade dessas pessoas. O Brasil nem sempre oferece ferramentas para a inserção sociocultural dos imigrantes, o que lhes restringe o conhecimento quanto aos seus direitos no país. Isso agrava a dificuldade de adaptação e de melhoria dos aspectos socioeconômicos dessas pessoas (Souza *et al.*, 2021).

Castro e Aguiar (2016) reforçam que, cada vez mais, os imigrantes sofrem situações de vulnerabilidade social e xenofobia no Brasil, além de ter que enfrentar incertezas a respeito dos seus direitos como usuários nos serviços públicos. Nesse sentido, para dar prosseguimento às perspectivas interculturais na abordagem do imigrante em situação de vulnerabilidade social no Brasil, discutiremos na próxima seção os efeitos do processo migratório na vida cotidiana dessas pessoas em termos de saúde, corpo e corporeidade.

Os processos migratórios: afetações no corpo e na corporeidade das pessoas

As expressões percebidas no corpo das pessoas imigrantes são ressaltadas para classificar e hierarquizar diferentes grupos, revelando os princípios estruturais da vida em sociedade (Gomes, 2003). O conceito de corpo acompanha o desenvolvimento do pensamento humano, da filosofia e da ciência há milhares de anos (Guerra Neto, 2002; Orlandi, 2004). Merleau-Ponty (2011) introduziu o termo corporeidade em 1945, entendendo-o como a zona de acontecimentos e o território pelo qual os seres veem o mundo e se veem no mundo, o espaço de aprendizagem, as experiências e o lugar da própria existência.

O corpo torna-se expressão da sociedade, sendo carimbado e rotulado como sinônimo de hierarquias, símbolo de *status*, poder e riqueza entre pessoas de grupos diferentes ou não. Por isso, sair do lugar da rejeição e ir para o lugar da aceitação não é suficiente “[...] para que [alguém] compreenda e valorize a riqueza da sua cultura”; mas, acima de tudo, é preciso caminhar em direção ao pertencimento e à identificação étnico-racial, individual e coletiva (Gomes, 2003, p. 81).

Nesse prisma do corpo, destacam-se os *marcadores identitários corporais*, visto que as pessoas imigrantes ou refugiadas passam por muitas (res)significações de identidade desde o momento em que decidem sair de seu país de origem. Compreendem-se como marcadores identitários corporais todos os fatores que influenciam diretamente nos modos de vida cotidianos, como classe social e econômica, gênero, raça, sexualidade, entre outros. Esses marcadores são provenientes de uma concepção histórica, social, econômica, política e cultural das vivências e experiências de cada pessoa e, em diferentes contextos, geram limitações, dificuldades e/ou restrições para um pleno exercício de cidadania e acesso a direitos (Ambrósio, 2020; Gomes, 2003; Merleau-Ponty, 2011).

No entanto, é por meio da identificação de seus próprios marcadores corporais que ocorre o reconhecimento de si e a redescoberta de percepções não apreendidas anteriormente, por quaisquer razões. Dessa forma, Saito e Castro (2011) afirmam que os corpos são os principais recursos para ampliar as potencialidades de vida em novas redes sociais. Além disso, são responsáveis pelo processo de emancipação e de reconstituição de histórias e contextos, atuando como formas de significação e criação de sentidos.

Considerando que, no Brasil, temos uma história situada em um processo de colonização e violência contra os corpos, é preciso entender a cultura como política e como expressão humana para que surjam espaços de expressão no cotidiano das pessoas (Pino Morán; Ulloa, 2016). Entendendo que os problemas sociais são decorrentes das desigualdades e vulnerabilidades sociais, deve-se levar em consideração a subjetividade, a cultura e os processos sócio-históricos ao propor práticas que apontem a real efetivação da dignidade humana, o respeito à diversidade e a busca pela emancipação e pela cidadania das pessoas e das coletividades. Isso inclui a busca por direitos e por justiça social, como uma responsabilidade e um compromisso socio-político (Bezerra; Trindade, 2013; Galheigo, 2012, 2014).

Os fenômenos imigratórios ganham destaque por meio das distintas formas de relações humanas para a construção de sociedades modernas, diversas e multiculturais. Nesse contexto, as pessoas buscam por novos espaços para desenvolver seus objetivos, ideais e melhorar suas condições de vida. Assim, todo o processo de imigração implica transformações cotidianas, mudanças significativas nos modos de vida e nas formas de realizar determinadas ocupações, afetando a saúde e o bem-estar, antes, durante ou depois da imigração.

Cotidiano de pessoas migradas ou refugiadas no Brasil: a amefricanidade é uma interculturalidade possível?

Para compreender o cotidiano de pessoas imigrantes e/ou refugiadas, é importante utilizar lentes específicas. Aqui, baseamo-nos no referencial filosófico da teoria do cotidiano de Agnes Heller, para abordar o contexto da migração no Brasil, considerando as colonialidades que caracterizam a boa aceitação de migrantes do mundo nórdico e branco.

De modo a refletir sobre uma interculturalidade decolonial, no contexto da migração no Brasil, trazemos a autora Lélia Gonzalez (1988), que convoca à compreensão aprofundada da experiência *amefricana*, focalizando principalmente as vivências dos grupos negros e indígenas. A amefricanidade, apresentada como um arcabouço analítico relevante, destina-se a examinar as manifestações de violência racial contra comunidades africanas, afro-brasileiras e indígenas. Elas estão

englobadas em um processo histórico complexo, fundamentado em uma perspectiva afrocentrada, caracterizado por uma intensa dinâmica cultural, que inclui adaptação, resistência, reinterpretação e criação de novas formas, o que conduz à compreensão de uma identidade étnica abrangente.

Para Gonçalves (2020), o reconhecimento da amefricanidade implica a validação de um extenso trabalho sobre a dinâmica cultural, cujos desdobramentos transcendem o contexto transatlântico, conferindo uma configuração identitária atual aos amefricanos. Argumenta-se que o conceito de amefricanidade, ao estabelecer um diálogo íntimo com a perspectiva decolonial, proporciona deslocamentos significativos para as comunidades negras e indígenas e permite a emergência de saberes e experiências fundamentadas nas percepções intrínsecas desses grupos.

A literatura (Accorssi; Scarparo; Guareschi, 2012; Almeida, 2018; Machado Júnior; Bazanini; Mantovani, 2018) aponta que, como resultado do racismo estrutural, a desigualdade social e de raça está internalizada em nossa cultura e sociedade, o que afeta diretamente as populações afrodescendentes e indígenas. Naturalizam-se as iniquidades vividas por essas populações, que são destituídas de direitos e acessos importantes, incluindo bens e recursos necessários a um bem viver.

Assim, pensar as questões sociais envolvidas com processos migratórios no Brasil exige entender que, em nosso país, assim como em toda a América Latina, na África e em outras regiões do sul global que passaram pelos processos de colonização impostos pelos países euro e nortecêntricos, os processos migratórios de grupos socialmente vulnerabilizados são condicionados pela hierarquização racista e pela desclassificação do colonizado. Essas condições justificaram a colonização, a escravidão e, atualmente, justificam a exploração desumana da força produtiva dos grupos fragilizados, assim como a imputação de um sistema complexo de opressões, violências e discriminações (Santos; Martins, 2019; Santos; Mendes, 2018).

Nesse sentido, a teoria de Agnes Heller evidencia que a vida cotidiana acontece nas produções e trocas sociais entre as pessoas, ou seja, a inserção do indivíduo se constitui em uma trama de relações sociais nas diferentes atividades do dia a dia (Heller, 2008). Salles (2011) relata que é por meio do processo histórico que as pessoas aprendem com o meio social e se constituem, considerando o que foi construído no passado e almejando as possibilidades do futuro. Complementando essas ideias, Heller (2008, p. 12) aponta que “a história é a *substância* da sociedade”, e são

os homens essa substância de que a sociedade dispõe, pois eles portam a objetividade social e têm, portanto, a responsabilidade pela construção e transmissão de toda e qualquer estrutura social.

Para Heller (2008, p. 37), todo indivíduo guarda características individuais e genéricas que podem ser conscientes ou inconscientes. Nesse sentido, “é comum a toda individualidade a escolha *relativamente* livre (autônoma) dos elementos genéricos e particulares; mas, nessa formulação, deve-se sublinhar igualmente os termos ‘relativamente’”. Assim, uma interculturalidade possível em uma perspectiva decolonial, para grupos de pessoas migradas ou refugiadas, só é possível a partir de uma categoria político-cultural, como a amefricanidade, inaugurada por Gonzalez (1988).

A partir de uma análise sobre a formação histórico-cultural da sociedade brasileira, propõe-se que, ao contrário do imaginário social colonizado do brasileiro, que se vê como branco e de descendência europeia, o continente que habitamos é uma América africana e o verdadeiro nome que deveríamos dar ao nosso continente é Améfrica Latina. Numa perspectiva inicialmente apoiada em conceitos freudianos, destaca-se que, pelo recurso neurótico à *denegação*, decorrente do impacto do racismo estrutural, o brasileiro nega sua origem latino-amefricana para pensar-se branco, europeu, à imagem e semelhança de seus colonizadores. Por isso, os brasileiros frequentemente se voltam contra pessoas não brancas, através de processos de discriminação e violência (Gonzalez, 1988).

Essa análise talvez explique a violência cotidiana imputada contra imigrantes e refugiados não brancos provenientes de países latino-americanos, africanos ou árabes, entre outros países de populações não brancas que se integram ao sul global. Ao mesmo tempo, uma recepção gloriosa acolhe imigrantes e refugiados brancos de países do norte, tal como mostra nossa história de grande influxo dos próprios colonizadores portugueses, desde 1500, e de pessoas provenientes de outros países europeus (principalmente da Itália, Alemanha, Holanda, Polônia, Japão e Líbano), no começo do século XX. Atualmente, refugiados ucranianos chegam ao Brasil e recebem infraestrutura de habitação, acolhimento, redes de apoio social, serviços e escola do idioma português, enquanto refugiados de países de pessoas de raça/cor não branca são marginalizados e excluídos para as periferias da sociedade (Brandt; Wasserman, 2021).

Nesse sentido, Ambrósio e Silva (2022) apontam que, no Brasil e no restante da América Latina, a cultura só pode ser analisada através da interseccionalidade,

que é apresentada enquanto um conceito amefricano e diaspórico. Partindo da ideia de amefricanidade para pensar a vivência de pessoas negras e indígenas num território colonizado, as autoras compreendem os processos de ruptura e exclusão a partir das desigualdades raciais e propõem reflexões que levem a cultura a aproximar-se dos saberes e práticas negras e indígenas.

Além disso, propõem que o conceito da interseccionalidade deve constituir-se como um instrumento de análise importante para a cultura latino-americana, pois auxilia na compreensão dos atuais processos de vulnerabilização por meio do complexo sistema de opressão colonial, cis-heteronormativo, patriarcal, neoliberal, capitalista e capacitista. Esse sistema opera formas de dominação, violação e supremacia racista através de exercícios de poder e suas hegemônias, como o imperialismo, o classismo, o capacitismo, a cis-heteronormatividade, o cristianismo, o antropocentrismo, o colonialismo, o neoliberalismo, o genocídio/ecocídio, que operam de forma interseccionada e, portanto, não podem ser analisadas separadamente (Ambrósio; Silva, 2022).

Dessa forma, passa a ser tarefa contemporânea investigar as vulnerabilidades de pessoas e comunidades sob a ótica da interseccionalidade, trazendo para o foco a experiência amefricana das vivências, saberes e práticas negras e indígenas. A categoria de amefricanidade é apresentada como uma ferramenta valiosa para combater as violências raciais contra pessoas negras (africanas e afro-brasileiras) e indígenas (povos originários das Américas), fazendo emergir saberes e experiências a partir das percepções próprias desses grupos e povos.

Junto com as lentes da amefricanidade e da interseccionalidade, é necessário trazer para essa análise o conceito de necropolítica, uma vez que essa forma de poder é hoje exercida principalmente sobre povos não brancos neocolonizados. Achille Mbembe (2018), partindo do conceito de biopolítica de Michel Foucault, avança e propõe o conceito de necropolítica para explicar uma forma de poder exercido pelos Estados na gestão das vidas, de acordo com o colonialismo. A necropolítica é, portanto, uma forma de poder, ora exercido por um Estado paralelo, ora pelo Estado institucionalizado, que determina quais grupos humanos merecem viver e quais são passíveis de morrer ou ser exterminados. Essa prática é operacionalizada por meio do que o autor chama de terror colonial, que é uma ideia construída no imaginário social de que o colonizado é selvagem, incivilizado, criminoso e elemento ameaçador

à ordem civilizatória branca. A partir dessa construção ideológica, a justificativa e a legitimação para a escravização ou extermínio do colonizado estão postas.

Assim, juntam-se os poderes disciplinares da biopolítica e da necropolítica por meio do racismo estrutural, e a ordem colonial é perpetuada através de uma dominação cultural, científico-epistemológica, econômica e política dos países brancos e nórdicos sobre as ex-colônias, ainda que estas tenham obtido sua independência política. Enquanto isso, no interior dos próprios países colonizados, a ordem perpetua-se alimentada e reproduzida pelas oligarquias descendentes de brancos europeus (Almeida, 2018).

Dessa forma, cabe compreender o fenômeno imigratório em países colonizados a partir de uma perspectiva do próprio cotidiano das pessoas, considerando suas histórias de vida, sua realidade vivida, desde a chegada ao novo país. Esse olhar estende-se às novas realidades, ao desenvolvimento e à aquisição de habilidades, à adaptação em diferentes contextos de vida, incluindo as barreiras idiomáticas e culturais que favorecem (ou não) os processos de inclusão/exclusão.

Por fim, vale ressaltar a falta de estudos sobre essa temática no país, o que dificulta a discussão e o avanço no entendimento da vulnerabilidade dos imigrantes e refugiados que buscam recomeçar suas vidas no Brasil (Oliveira, 2022).

Considerações finais

A questão contemporânea relacionada aos fluxos migratórios de povos vulnerabilizados socialmente só pode ser contextualizada a partir das reflexões da interseccionalidade entre raça/cor, gênero e classe social. Essa interseccionalidade perpetua iniquidades sociais dificultando o acesso a uma vida digna, e sua compreensão é fundamental para entender conceitos como racismo estrutural, colonialismo, capitalismo, patriarcalismo e necropolítica. Esses elementos contribuem para a manutenção de formas de exploração, violência, discriminação e subalternização das populações imigrantes/refugiadas vulnerabilizadas, além de influenciar a gestão de suas vidas pelo Estado.

Referências

- ACCORSSI, A.; SCARPARO, H.; GUARESCHI, P. A naturalização da pobreza: reflexões sobre a formação do pensamento social. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 536-546, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/LJ8znTF6NHKcPPYVfWCBzb/>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Protegendo refugiados no Brasil e no mundo**. 2018. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/media/protegendo-refugiados-no-brasil-e-no-mundo-2018>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Refugiado ou migrante?** O ACNUR incentiva a usar o termo correto. Genebra, 2015. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/noticias/comunicados-imprensa/refugiado-ou-migrante-o-acnur-incentiva-usar-o-termo-correto>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade: feminismos plurais**. São Paulo: Sueli Carneiro: Pólen, 2019.
- ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** São Paulo: Editora Jandaíra, 2018.
- AMBRÓSIO, L. **Raça, gênero e sexualidade: uma perspectiva da terapia ocupacional para as corporeidades dos jovens periféricos**. 2020. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020.
- AMBRÓSIO, L.; SILVA, C. R. Interseccionalidade: um conceito amefricano e diaspórico para a terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 30, e3150, p. 1-11, 2022. DOI: 10.1590/2526-8910.ctoEN241431501. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/LTfLqtQD6wm4bJ4mFpLcrY3P/>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- ARELLANO AGURTO, R.; MONTECINOS NAVARRO, R.; ORELLANA OLIVA, C. **Haitianas migradas desafiando contextos de alienación ocupacional: prácticas cotidianas de resistencia de mujeres haitianas en Santiago de Chile**. 2016. Tesis (Pre-Grado en Terapia Ocupacional) – Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile, 2016.
- BAUMAN, Z. **Ensaio sobre o conceito de cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

- BERTOLDO, J. Intersecciones entre nacionalidad y raza: consideraciones sobre el trato de inmigrantes en Brasil. **Revista Nuestramérica**, v. 9, n. 17, e5650792, p. 1-17, 2021. DOI: 10.5281/zenodo.5650792. Disponível em: <https://nuestramerica.cl/ojs/index.php/nuestramerica/article/view/e5650792>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- BEZERRA, W. C. O.; TRINDADE, R. L. P. Gênese e constituição da terapia ocupacional: em busca de uma interpretação teórico-metodológica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 24, n. 2, p. 155-161, 2013.
- BRANDT, G. B.; WASSERMAN, M. O estereótipo como elemento discursivo: reflexões a partir da figura do imigrante no Brasil. **Aedos**, Porto Alegre, v. 12, n. 27, p. 72-94, 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/aedos/article/view/108379/61254>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- CAIXETA, M. B. **A cooperação Sul-Sul como nova tendência da cooperação internacional: o discurso e a prática da cooperação técnica do Brasil com São Tomé e Príncipe para o combate à tuberculose**. 2014. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- CASTRO, M. C. G.; AGUILAR, C. A. S. Atendimentos a imigrantes e refugiados: debate em pauta no serviço social. In: BAENINGER, R. *et al.* (org.). **Imigração haitiana no Brasil**. Jundiaí: Paco Editorial, v. 1, p. 551-576, 2016.
- CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, A. T.; TONHATI, T. (org.). A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro. **Cadernos OBMigra: revista migrações internacionais**. Brasília, v. 1, n. 2, 2015. Edição especial.
- CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, W. F. de. Um panorama da imigração e do refúgio no Brasil: reflexões à guisa de introdução. In: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. (org.). **Imigração e refúgio no Brasil**. Relatório anual 2020. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília: OBMigra, 2020. p. 8-16. (Série Migrações).
- DANTAS, S. Saúde mental, interculturalidade e imigração. **Revista USP**, São Paulo, n. 114, p. 55-70, 2017. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i114p55-70.

Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/142368>.

Acesso em: 4 fev. 2025.

FRANKEN, I.; COUTINHO, M. P. L.; RAMOS, M. N. P. Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n. 1, p. 202-219, 2012. DOI: 10.1590/S1414-98932012000100015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/PQYkfTZgXX5zDV3k6KT49pB/>. Acesso em: 18 jan. 2023.

GALHEIGO, S. M. Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. **TOG (A Coruña)**, v. 9, monog. 5, p. 176-189, 2012. Disponível em: <https://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2023.

GALHEIGO, S. M. Sobre identidades, latinoamericanidades e construções de saberes em terapia ocupacional: diálogos com Boaventura de Souza Santos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 215-221, 2014.

GARUTI, B. Inmigración en Chile y terapia ocupacional. **Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional**, Chile, v. 3, n. 2, p. 23-39, 2016. Disponível em: <https://revistaschilenas.uchile.cl/handle/2250/99325>. Acesso em: 18 jan. 2023.

GOMES, N. L. Cultura negra e educação. **Revista Brasileira de Educação**, n. 23, p. 75-85, maio/jun./ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n23/n23a05.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2023.

GONÇALVES, R. Lélia Gonzalez e a influência de Frantz Fanon: construindo uma nova epistemologia feminista. *In*: MAGNO, P. C.; PASSOS, R. G. (org.). **Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon**. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. p. 225-239.

GONZALEZ, L. A categoria político-cultural de amefricanidade. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 93, p. 69-82, jan./jun. 1988.

GUERRA NETO, A. Corpo e sofrimento: Buda, Dionísio, Nietzsche. *In*: LINS, D.; GADELHA, S. (org.). **Nietzsche e Deleuze: que pode o corpo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002. p. 13-35.

- HALLAK, J.; SIMÕES, A. Desigualdade de rendimento do imigrante no mercado de trabalho formal brasileiro. *In*: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. (org.). **Imigração e refúgio no Brasil**. Relatório anual 2020. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília: OBMigra, 2020. p. 81-110. (Série Migrações).
- HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.
- IMILAN OJEDA, W.; MÁRQUEZ BELLONI, F.; STEFONI ESPINOZA, C. **Rutas migrantes en Chile**: habitar, festejar y trabajar. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2015.
- LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 459-466, maio 2010.
- MACHADO JÚNIOR, C.; BAZANINI, R.; MANTOVANI, D. M. N. The myth of racial democracy in the labour market: a critical analysis of the participation of afro-descendants in Brazilian companies. **Revista Organizações & Sociedade**, v. 25, n. 87, p. 632-655, 2018.
- MAIA, F. J. F.; FARIAS, M. H. V. Colonialidade do poder: a formação do eurocentrismo como padrão de poder mundial por meio da colonização da América. **Interações**, Campo Grande, v. 21, n. 3, p. 577-596, jul./set. 2020. Disponível em: <https://interacoesucdb.emnuvens.com.br/interacoes/article/view/2300>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1, 2018.
- MCAULIFFE, M; OUCHO, L. A. (ed.). **Informe sobre las migraciones en el mundo, 2024**. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones, 2024. Disponível em: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789292687281>. Acesso em: 22 mar. 2025.
- MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- OLIVEIRA, A. T. R. A transição na legislação migratória: o período 1980-2019. *In*: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. (org.). **Imigração e refúgio no Brasil**. Relatório anual 2020. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional

- de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília: OBMigra, 2020. p. 41-79. (Série Migrações).
- OLIVEIRA, A. T. R.; CAVALCANTI, L.; COSTA, L. F. O acesso dos imigrantes ao ensino regular. *In*: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. (org.). **Imigração e refúgio no Brasil**. Relatório Anual 2020. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília: OBMigra, 2020. p. 213-246. (Série Migrações).
- OLIVEIRA, A. T. R.; OLIVEIRA, W. F. A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho informal: o que nos dizem as pesquisas domiciliares? *In*: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. (org.). **Imigração e refúgio no Brasil**. Relatório anual 2020. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília: OBMigra, 2020. p. 179-211. (Série Migrações).
- OLIVEIRA, L. C. **Os efeitos dos processos migratórios na saúde mental de mulheres imigrantes ou refugiadas a partir de uma análise interseccional**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES. **Informe sobre las migraciones en el mundo, 2018**. Ginebra: OIM, 2018.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES. **Informe sobre las migraciones en el mundo, 2020**. Ginebra: OIM, 2019.
- ORLANDI, L. B. L. Corporeidades em minidesfile. **Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 6, n. 1, p. 43-59, 2004. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/2459/2505>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- PACHI, P. Migração e interculturalidade, um binômio capaz de construir pontes de convivência. **Revista da UFMG**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1/2, p. 124-143, jan./dez. 2018.
- PINO MORÁN, J.; ULLOA, F. Perspectiva crítica desde latinoamérica: hacia una desobediencia epistémica en terapia ocupacional contemporánea. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 421-427,

2016. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1385/737>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- ROSA, M. Sociologias do sul: ensaio bibliográfico sobre limites e perspectivas de um campo emergente. **Civitas: revista das Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 14, n. 1. p. 43-65, jan./abr. 2014.
- SAITO, C. M.; CASTRO, E. D. Práticas corporais como potência de vida. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 19, n. 2, p. 177-188, maio/ago. 2011.
- SALLES, M. M. **Vida cotidiana de usuários de CAPS: a (in)visibilidade no território**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- SANTOS, B. S.; MARTINS, B. S. (org.). **O pluriverso dos direitos humanos: a diversidade das lutas pela dignidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- SANTOS, B. S.; MENDES, J. M. (org.). **Demodiversidade: imaginar novas possibilidades democráticas**. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.
- SCHLIEBENER TOBAR, M. La ocupación como objeto y herramienta: ¿cuándo la ocupación está viva? **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 3, p. 1051-1060, 2020. DOI: 10.4322/2526-8910.ctoARF2043. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/4C7Q4SspkrHPwgSGZLqPdMq/>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- SILVA, G. J. O reflexo dos deslocamentos internacionais forçados no mercado de trabalho formal brasileiro. In: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. (org.). **Imigração e refúgio no Brasil**. Relatório anual 2020. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília: OBMigra, 2020. p. 142-178. (Série Migrações).
- SILVA, L. M. M.; LIMA, S. S. Os imigrantes no Brasil, sua vulnerabilidade e o princípio da igualdade. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 384-403, 2017.
- SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva: World Health Organization, 2010.
- SOUZA, J. B. *et al.* Vulnerabilidade e promoção da saúde de imigrantes haitianos: reflexões pela práxis dialógica de Paulo Freire. **Revista da Escola de**

Enfermagem da USP, v. 55, e03728, p. 1-8, 2021. DOI: 10.1590/S1980-220X2020011403728. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/188715>. Acesso em: 18 jan. 2023.

TONHATI, T.; MACEDO, M. Imigração de mulheres no Brasil: movimentações, registros e inserção no mercado de trabalho formal (2010-2019). *In*: CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. (org.). **Imigração e refúgio no Brasil**. Relatório anual 2020. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília: OBMigra, 2020. p. 111-141. (Série Migrações).

VICENTE TORRADO, T. El panorama migratorio internacional: una mirada desde el género. **Revista Sociedad y Equidad**, v. 6, p. 111-137, 2014. DOI: 10.5354/rse.v0i6.27265. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273028577_El_panorama_migratorio_internacional_Una_mirada_desde_el_genero. Acesso em: 18 jan. 2023.



Mulheres em situação de imigração no Brasil: percepção dos gestores de saúde e das venezuelanas assistidas pelo SUS para tratamento de HIV e sífilis

Helaine Jacinta Salvador Mocelin · Fernanda Luiza Kill Alvim · Sonia Vivian de Jezus · Adriana Ilha da Silva · Ethel Leonor Noia Maciel

Em 2018, quase um sétimo da população mundial vivia em um local diferente daquele em que nasceu, estimando-se um bilhão de pessoas em movimento ou tendo se mudado. A migração se configura como um fenômeno mundial desencadeado por diversos fatores, tais como: questões ambientais, guerras, perseguições política, étnica ou cultural, além de causas relacionadas a estudo, trabalho e busca por melhores condições de vida (Abubakar *et al.*, 2018).

Nesse cenário, a Venezuela atravessa a maior crise política e socioeconômica de sua história, resultando em um êxodo em massa, estando a migração de sua população direcionada, principalmente, para países latino-americanos. O Brasil tem recebido milhares de refugiados venezuelanos, que entram no território brasileiro, em sua grande maioria, pela fronteira com o estado de Roraima (Arruda-Barbosa; Sales; Souza, 2020; Cavalcanti; Oliveira; Macedo, 2020). Entre os anos de 2015 e 2019,

houve o registro de 178 mil solicitações de residência temporária para refugiados venezuelanos concentrados nos municípios de Pacaraima e Boa Vista. No total, foram criados onze abrigos oficiais nesses municípios, administrados pelas Forças Armadas e pelo Acnur — a Agência da Organização das Nações Unidas (ONU) para Refugiados. Em 2019, cerca de 6,5 mil pessoas viviam nesses locais. Em Boa Vista, de uma estimativa de 32 mil venezuelanos residentes, 1,5 mil era classificado como população em situação de rua (Unicef, c2021).

Durante o processo de migração, as populações enfrentam um maior risco de contrair doenças transmissíveis, incluindo as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (Pan American Health Organization, 2019). No Brasil, de 2007 a junho de 2020, constavam, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 342.459 casos de infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência adquirida). Desses, 30.943, ou seja, 9 % do total, estavam na Região Norte. Em relação à sífilis, no ano de 2019, foram notificados 152.915 casos de sífilis adquirida e 61.127 casos de sífilis em gestantes em todo o território nacional. Na Região Norte, especificamente, houve o registro de 10.621 casos de sífilis adquirida e 6.026 casos de sífilis em gestantes (Brasil, 2020a, 2020b).

Nessa perspectiva, realizou-se um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, a fim de comparar a percepção dos gestores municipais e estaduais de saúde com a percepção das venezuelanas assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento de HIV e sífilis, nas cidades de Boa Vista e Manaus. Boa Vista foi escolhida por ser uma das cidades que mais abrigam migrantes venezuelanos, devido à sua relativa proximidade com a fronteira norte no estado de Roraima. Já a cidade de Manaus foi selecionada porque o município adotou, a partir do primeiro bimestre de 2017, um plano de atenção à saúde das famílias indígenas venezuelanas da etnia Warao. Este plano de ação foi ampliado no segundo semestre de 2017 para todos os venezuelanos residentes em Manaus (Jezus *et al.*, 2021)

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas de janeiro a março de 2021, feitas com os gestores em seus locais de trabalho e com as mulheres venezuelanas em locais que lhes conviessem ou ainda por videochamada. Os entrevistados e entrevistadas participaram voluntariamente do estudo e estavam em concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para o recrutamento dos gestores, foi utilizada a técnica denominada bola de neve. Os indivíduos selecionados para o estudo convidaram novos participantes da sua rede de relacionamento, que, neste caso, foi a rede profissional (Dewes, 2013). Já para definir o tamanho da amostra de mulheres venezuelanas, utilizou-se o método denominado saturação dos dados. Neste método, interrompe-se a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada não são mais apreendidos a partir do campo de observação, ou considera-se haver saturação empírica quando o pesquisador estabelece que os dados que eram necessários para responder às questões norteadoras da pesquisa já são suficientes (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

O critério de inclusão dos gestores no estudo foi estar atuando ou ter atuado como gestor em serviços e/ou setores das secretarias de saúde no atendimento de mulheres venezuelanas com HIV/aids e/ou sífilis. Todos os gestores que não se enquadravam nessa descrição foram excluídos. Quanto às mulheres, os critérios de inclusão eram: ser venezuelana com HIV e/ou sífilis e residir em Manaus ou Boa Vista. As participantes cujas condições de saúde impossibilitaram a entrevista ou cujos contatos telefônicos ou endereços não foram encontrados foram excluídas do estudo. O recrutamento das venezuelanas elegíveis para o estudo ocorreu por intermédio de profissionais de saúde e trabalhadores do Sistema Único de Saúde que aceitaram abordá-las durante consultas de diagnóstico e/ou tratamento. Todas as venezuelanas entrevistadas aceitaram ser contatadas pelos pesquisadores.

Os dados obtidos nas entrevistas foram transcritos na íntegra, e adotou-se a técnica de análise de conteúdo, ligada à noção de tema, que pode ser graficamente apresentado por meio de uma palavra, uma frase, um resumo. “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (Bardin, 2009, p. 131).

Para fins de descrição e análise das entrevistas com os gestores de saúde, foram considerados os seguintes eixos temáticos: acesso ao serviço, diagnóstico e tratamento; estratégias e ações adotadas; avaliação das estratégias e ações; desafios; cenário futuro no enfrentamento do HIV e da sífilis pelas migrantes venezuelanas no Brasil.

Sob a perspectiva das falas das mulheres venezuelanas, os resultados e a discussão dos dados se basearam em categorias analíticas empíricas que emergiram da leitura e avaliação dos dados coletados, não definidas previamente. Os temas emergentes

da análise de conteúdo foram agrupados em duas categorias: barreiras, com quatro subcategorias (idioma, custos com saúde, reações adversas ao medicamento e pandemia de covid-19) e facilitadores, com quatro subcategorias (Sistema Único de Saúde, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Política Nacional de Assistência Social e relação entre profissional de saúde e usuária do SUS).

Foram entrevistados dez gestores de saúde, dos quais oito eram do sexo feminino e dois do masculino, com idade média de 44,5 anos. Acerca da situação profissional, nove gestores eram estatutários, ocupantes de cargo em comissão, e um ocupava cargo comissionado, tendo permanecido, em média, 3,6 anos na gestão. Já em relação à escolaridade, nove cursaram ensino superior e um o ensino médio.

No que diz respeito às venezuelanas, foram entrevistadas quarenta mulheres, das quais 80 % (32) eram de cor preta e parda; 55 % (22) tinham idade entre 20 e 30 anos; e 45 % (18) completaram o ensino médio. Apenas uma mulher tinha ensino superior completo.

Percepções dos gestores de saúde e das venezuelanas assistidas pelo SUS para tratamento de HIV e sífilis

Quanto aos serviços disponíveis para o diagnóstico e tratamento das venezuelanas com HIV/aids e/ou sífilis, os gestores de Manaus citaram as Unidades Básicas de Saúde (UBS); as Policlínicas; as Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF); os Serviços de Atenção Especializada (SAEs); a Fundação de Medicina Tropical; e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Os gestores de Boa Vista mencionaram as UBS, o SAE, o CTA e o Centro de Referência da Mulher.

Com relação ao tratamento de HIV/aids na cidade de Manaus, os gestores apontaram como serviços de referência os SAEs, dos quais quatro são de competência municipal e dois de competência estadual.

Manaus conta com 143 unidades que oferecem teste rápido, espalhadas em todos os distritos de saúde; no meio rural 100 % das unidades oferecem teste rápido. Aquelas unidades que não oferecem o teste rápido oferecem a sorologia. No caso

da sífilis, todas as unidades estão disponíveis para o diagnóstico e para o tratamento; no caso do HIV a gente tem quatro serviços especializados do município e dois do estado, mas a gente sempre encaminha para o do município (*gestor 4, AM*).

Em Boa Vista, a referência para diagnóstico e tratamento de HIV/aids são o SAE, que é de competência estadual, e quatorze Unidades Básicas de Saúde descentralizadas.

[...] nós fizemos outras capacitações e descentralizamos quatorze UBS, tá? Nós trouxemos a equipe do Ministério da Saúde, Departamento DST/aids e aí fizemos uma programação de capacitação de dois dias, né?... Aí saiu quatorze UBS para a gente trabalhar a descentralização (*gestor 1, RR*).

Apesar da existência desses serviços de saúde citados pelos gestores, as venezuelanas enfrentam barreiras para acessá-los. Um entrave a ser destacado são os gastos com locomoção, assim como os custos com alimentação, medicação e/ou exames.

Gasto com deslocamento... Pago Uber quando vou pro Cosme Silva (*mulher 10, 65 anos, RR*).

Gastei dinheiro porque tive que fazer exame no particular, senão ia demorar muito para receber o resultado (*mulher 12, 21 anos, AM*).

Quanto à sífilis, que é um agravo de notificação compulsória desde 2010, os dez gestores entrevistados citaram que todas as Unidades Básicas de Saúde dos municípios estão preparadas para o diagnóstico e o tratamento imediato da doença. A descentralização da testagem rápida em Serviços de Atenção Primária à Saúde e maternidades proporciona o diagnóstico com mais agilidade e auxilia na escolha do tratamento adequado (Gaspar *et al.*, 2021). Esse achado sugere que as cidades pesquisadas tendem a atuar em conformidade com o que preconiza o Ministério da Saúde, oferecendo estratégias preventivas e intervenção terapêutica imediata para estes casos (Brasil, 2020c).

Sobre a oferta de vagas, todos os gestores consideraram o atendimento rápido, sem filas de espera para o diagnóstico nem para o tratamento. Houve unanimidade

nas falas de que as pacientes são inseridas nos serviços seguindo os fluxos já existentes, como qualquer outro cidadão que procura atendimento.

É ofertado pra elas: teste rápido... tudo, tudo que a clínica oferece, é ofertado pra elas, não tem restrição. Então tudo o que é oferecido pro brasileiro, é oferecido pro estrangeiro (*gestor 2, AM*).

O mesmo atendimento que é feito para eles, é feito para os brasileiros. O mesmo atendimento que é ofertado para os brasileiros, é ofertado para as venezuelanas (*gestor 2, RR*).

Contudo, mesmo o serviço estando disponível para brasileiros e estrangeiros, as falas das venezuelanas revelaram empecilhos que as distanciam dos preceitos de igualdade e equidade, princípios doutrinários do SUS. O idioma é um dos mais expressivos dificultadores para o acesso aos serviços de saúde, diagnóstico e tratamento do HIV/aids e da sífilis.

Quando cheguei aqui eu não procurei logo por conta do idioma, os médicos não entendem (*mulher 13, 34 anos, AM*).

Alguns gestores apontaram que a pandemia de covid-19 prejudicou, em parte, a oferta de vagas, mas os relatos indicam que não houve negativa de atendimento.

Essa questão da covid, ela veio, é... trazer pra gente a reflexão de tá avaliando os casos... E prolongando o retorno dessas pessoas que estão estáveis, né? É... pra mais... pra frente... não deixando de ser atendida na medicação (*gestor 1, AM*).

A pandemia diminuiu a oferta de vagas, foram tirados médicos para atender covid, os casos de primeira vez, o médico faz um mapa extra, e depois ele goza desse mapa (*gestor 3, RR*).

As mulheres venezuelanas concordam que a pandemia de covid-19 dificultou ou até mesmo paralisou o acesso aos serviços de saúde.

Não estou levando o meu bebê para fazer o acompanhamento porque a UBS mais próxima está fechada por conta da covid, não está realizando atendimento e eu não conheço muito bem Manaus e eu não sei aonde ir (*mulher 17, 32 anos, AM*).

Quanto à formação das equipes de saúde, segundo os gestores, são constituídas por infectologistas (alguns cedidos por ONGs), clínicos gerais, enfermeiros (alguns também cedidos por ONGs ou fundações), técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, navegadores e farmacêuticos.

Então, nós temos três médicos infectologistas, sendo que dois são da Sems. É. E um é da ONG, né? Nós temos duas enfermeiras... (*pausa*) Uma da manhã que é a [nome], e outra da tarde que é a [nome], tá? Nível médio, nós temos... (*pausa*) duas... (*pausa*) Três técnicas de manhã agora... e três técnicos à tarde, tá? (*gestor 1, AM*).

Na cidade de Manaus todos os gestores descreveram equipes ampliadas e multiprofissionais. Posto que tratam de uma doença crônica, essas equipes precisam ter uma atuação multidisciplinar como forma de garantir o atendimento integral às pacientes (Brasil, 2018). Chama atenção o fato de apenas um gestor de Boa Vista ter descrito essa equipe mais ampliada, relacionando-a ao SAE, enquanto os outros gestores citaram apenas médicos, enfermeiros, nutricionista e equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Nas nossas referências, por exemplo, nós temos essa referência completa com pediatra, infectologista, clínico geral, assistente social, farmacêutico, enfermeiro, psicólogo. Nós temos esse serviço completo no serviço de referência, que é o SAE (*gestor 5, RR*).

Em relação à documentação necessária para o atendimento nos serviços de saúde, não foi citada pelos gestores negativa de atendimento às migrantes venezuelanas por falta de documentos. Quando comparecem para atendimento e ainda não têm o cartão do SUS, este é confeccionado no momento do acolhimento na recepção a fim de garantir o acesso da mulher ao serviço de saúde.

Mas, se ela chega sem documento, não deixamos de fazer o atendimento (*gestor 5, AM*).

Porém, alguns gestores citaram certa dificuldade em realizar exames de CD4 (contagem de linfócitos) e de carga viral (citados por todos como exames indispensáveis para início da terapia antirretroviral) sem a apresentação do CPF, relatando a necessidade de apelar ao laboratório para solicitar o processamento do exame após explicar que o paciente é estrangeiro.

Ela tem que providenciar toda a documentação. Se não ela vai se... se deparar de um entrave lá na frente, na coleta de CD4 e carga viral, que quando vai a documentação pro Tropical. Porque o Tropical só aceita mediante todos os documentos (*gestor 3, AM*).

Em relação ao suporte psicossocial, foi possível identificar, na fala dos gestores, que este é dado pelo(a) assistente social e/ou pelo(a) psicólogo(a).

É, nós temos a [nome], que é assistente social, né? E a [nome] também, [nome], é, psicóloga pela parte da tarde. E assistente social pela parte da manhã (*gestor 2, AM*).

A gente tem de manhã e de tarde. Psicólogo é demanda livre, fica à disposição, não precisa agendar (*gestor 2, RR*).

Mesmo que haja uma equipe de saúde multidisciplinar nos serviços de saúde, é imprescindível que ela esteja apta a atender e acolher as mulheres venezuelanas em suas particularidades, o que pressupõe compreender sua língua nativa.

Eu sei que eu preciso de um psicólogo..., mas como falar se o idioma é o pior intermédio de tudo isso? Eu posso até falar, ela entende um pouco do idioma, mas jamais será igual a ser atendida por alguém que consegue entender de fato o que você está falando (*mulher 7, 26 anos, AM*).

Os gestores entrevistados também elencaram o idioma como um desafio que compromete a procura pelos serviços de saúde e a adesão ao tratamento proposto.

Outro desafio apontado é a constante alteração de endereço, incluindo a interiorização (processo de migração para outros municípios ou estados) das migrantes, o que prejudica o monitoramento dos casos e o processo de busca ativa quando necessário.

Os profissionais de saúde do serviço têm dificuldade, tem essa barreira linguística, de explicar o que é preciso fazer, e das pessoas, das mulheres venezuelanas entenderem o que é preciso fazer. Então há realmente esse desafio (*gestor 4, AM*).

[...] questão do abandono de tratamento: quem é do abrigo a gente tem a quem recorrer. Mas a situação de rua a gente não tem a quem recorrer [...]. Então, para a gente acompanhar esse paciente, às vezes é muito difícil (*gestor 2, RR*).

A barreira linguística para o acesso aos serviços de saúde aparece na fala de diversas venezuelanas.

Quando eu procurei por atendimento, o idioma dificultou... Na Venezuela nós usamos a nomenclatura VIH, e aqui no Brasil é HIV, então, quando eu falava VIH, ninguém entendia (*mulher 6, 49 anos, AM*).

No que tange ao desenvolvimento e à implementação de planos de ação voltados ao atendimento às migrantes venezuelanas, apenas dois gestores apontaram ações voltadas exclusivamente para esse grupo de mulheres. A maioria dos gestores diz que as estratégias são as mesmas adotadas para o atendimento de todas as mulheres.

Não. Eu desconheço. Em relação à rede oficial de saúde, não conheço nenhuma ação específica para mulheres venezuelanas (*gestor 3, AM*).

No começo antes da pandemia, nós tivemos vários planos de ações... Nós fizemos muitos... muitas palestras, ações... tudo... para trazer e fazer os acompanhamentos, foi descoberto muitos casos de sífilis no Abrigo do Tancredo Neves (*gestor 3, RR*).

É importante que a equipe multidisciplinar de saúde conheça os planos de ação específicos para as mulheres venezuelanas e saiba fazer os encaminhamentos adequados para que elas recebam os auxílios governamentais a que têm direito, não havendo distinção no acolhimento entre uma e outra mulher.

Não recebi nenhum apoio do governo... nem o Auxílio Emergencial, Bolsa Família, nada (*mulher 18, 26 anos, RR*).

Eu recebo a cesta básica da família¹ e o Auxílio Emergencial (*mulher 5, 27 anos, RR*).

Considerações finais

Neste capítulo, comparou-se a percepção dos gestores em saúde com a percepção das mulheres venezuelanas, nas cidades de Boa Vista e Manaus, em relação às ações adotadas e aos desafios encontrados para o enfrentamento do HIV e da sífilis em migrantes venezuelanas.

As falas dos gestores mostram que todas as Unidades Básicas de Saúde dos municípios oferecem diagnóstico e tratamento para a sífilis. O município de Boa Vista avançou no processo de descentralização do cuidado das pessoas vivendo com HIV/aids, o que não se verificou na cidade de Manaus. Também foi observado que os gestores consideram o atendimento rápido, sem filas de espera para diagnóstico e tratamento do HIV e da sífilis nas cidades pesquisadas. Como não há vagas específicas para as migrantes venezuelanas, elas seguem o fluxo já proposto pelas secretarias de saúde, como qualquer outro cidadão brasileiro.

Apesar do olhar otimista dos gestores, da explanação dos fluxos existentes dentro dos serviços de saúde e da gratuidade para o ingresso no sistema de saúde no Brasil, as falas das venezuelanas evidenciam barreiras culturais, linguísticas, econômicas, sociais, entre outras, que dificultam ou impedem o acesso aos serviços de saúde.

1 O Programa Cesta da Família é uma iniciativa da Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social do governo de Roraima para “enfrentamento e alívio imediato da situação de insegurança alimentar que reforcem o acesso aos direitos sociais básicos” (Roraima, c2025).

Os gestores destacaram que a pandemia de covid-19 contribuiu para comprometer a oferta de vagas. Do ponto de vista das venezuelanas, a pandemia dificultou o acesso aos serviços de saúde, diagnóstico e tratamento de diversas maneiras. Isso ocorreu devido à precariedade dos meios de transportes, à superlotação das Unidades Básicas de Saúde e também pelas restrições de contato social impostas pela pandemia.

Há um consenso na literatura internacional de que mulheres, adolescentes e meninas migrantes estão mais vulneráveis a problemas de saúde sexual e reprodutiva, como gravidez indesejada, gravidez com complicações e infecções sexualmente transmissíveis (Abubakar *et al.*, 2018; Instituto Migrações e Direitos Humanos, 2018; International Organization for Migration, 2020; Ivanova; Rai; Kemigisha, 2018; Ndumbi *et al.*, 2018; World Health Organization, 2019). Neste sentido, alguns municípios brasileiros têm conseguido aprimorar a atenção às mulheres que vivem com HIV/aids a partir da implantação de um novo modelo de atenção em que as ações são estruturadas baseadas na realidade local, passando a envolver diferentes níveis de atenção. Nesse modelo, os Serviços de Atenção Especializada (SAEs) continuam sendo fundamentais, mas a linha de cuidado envolve outros serviços, em especial a atenção básica.

A atenção básica amplia o acesso à testagem e favorece o vínculo com o sistema de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (Brasil, 2016). A ampliação da testagem tem aspectos positivos, porém é preciso considerar como desafios do tratamento do HIV: problemas estruturais da rede pública de saúde para o manejo dos casos positivos; a garantia de direitos humanos; o contexto de desigualdades sociais e de gênero (Abubakar *et al.*, 2018; International Organization for Migration, 2020; Monteiro *et al.*, 2019; World Health Organization, 2019).

Os gestores relataram que há equipes tanto ampliadas quanto reduzidas atuando com os pacientes com sífilis e/ou HIV/aids, o que pode comprometer a assistência integral e igualitária à saúde. Dessa forma, é de extrema importância a ampliação desse atendimento, uma vez que essas doenças estão associadas a outros riscos, tais como: doenças infecciosas (incluindo tuberculose), trauma ou violência (incluindo violência sexual e outras formas de violência de gênero), uso de tabaco e álcool, má nutrição, condições de vida e de trabalho precárias. Junta-se a isso a falta de acesso aos serviços de saúde essenciais, à vacinação e a medicamentos. Para sanar essas questões, deve haver serviços de saúde integrados específicos para refugiados e migrantes, entre eles o apoio e a orientação psicossocial.

Segundo os gestores entrevistados, a falta de documentação não implica negativa de atendimento, mas dificulta a realização dos exames de CD4 e carga viral. Essa situação pode comprometer o início imediato do tratamento com os antirretrovirais, retardando os benefícios clínicos e a redução da transmissibilidade do HIV. A dificuldade de acesso oportuno aos serviços também foi percebida pelas mulheres entrevistadas. A situação é semelhante na Espanha, onde mulheres migrantes, a maioria latino-americanas, devido à situação documental irregular, não puderam ter acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento de HIV/aids. A situação ainda é agravada pelo estigma racial, insegurança alimentar e custos dos medicamentos (Ndumbi *et al.*, 2018), fatores que levam à necessidade de suporte psicossocial.

Com relação às dificuldades no enfrentamento do HIV e/ou da sífilis em migrantes venezuelanas no Brasil, a questão do idioma ganha destaque, citada como a principal limitação tanto pelos gestores como pelas mulheres. A barreira linguística para ambos os atores, profissional e paciente, pode prejudicar a educação em saúde, uma das principais estratégias para a promoção da saúde e a prevenção de agravos. A oferta de cursos de língua, tanto de português para os imigrantes quanto de espanhol para os profissionais de saúde, poderia se configurar como uma estratégia interessante de melhoria da assistência. Esta realidade é apontada na literatura, internacional e nacional, como uma barreira não só para o acesso aos serviços de saúde, como também para os serviços educacionais e do sistema de justiça (Abubakar *et al.*, 2018; Arruda-Barbosa; Sales; Souza, 2020; Ndumbi *et al.*, 2018).

Quanto à oferta de vagas para o diagnóstico e tratamento, as estratégias adotadas nos municípios de Manaus e Boa Vista seguem as diretrizes para o acolhimento de todas as mulheres, não havendo direcionamento específico de vagas para a população imigrante ou a brasileira, garantindo-se a universalidade do sistema (Brasil, 1990). Essa abordagem assegura ao imigrante um direito humano obrigatório, pois é uma forma de facilitar o acesso aos cuidados de saúde para aqueles ainda sem documentos (Ndumbi *et al.*, 2018).

Porém, mesmo amparados pela Lei nº 8.080, de 1990, em seu art. 2º, que estabelece que o direito à saúde transcende aos cidadãos brasileiros, natos ou naturalizados, pois a referência é para todos, há entraves importantes no acesso dos imigrantes ao serviço de saúde. O SUS os ampara, contudo, ainda que não haja impedimentos legais estabelecidos, o acesso à saúde pode ser dificultado por outros fatores (culturais,

de gênero, de raça/etnia, classe social e religiosos), assinalando que as ações necessárias à integração do imigrante devem considerar aspectos mais amplos. Isso permitiria uma atuação para além de ações pontuais, contribuindo para a promoção da saúde por meio da intervenção nos determinantes sociais (Arruda-Barbosa; Sales; Torres, 2020). Por isso, propostas de políticas públicas deveriam ser formalizadas e desenvolvidas para melhorar a assistência à saúde, contribuindo para a inserção dos imigrantes na comunidade local, com qualidade de vida e direito à saúde garantido e efetivado.

Referência

- ABUBAKAR, I. *et al.* The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. **The Lancet**, v. 392, n. 10164, p. 2606-2654, 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)32114-7](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)32114-7). Acesso em: 25 fev. 2021.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Assistência Social. **Plano de Estado para ação humanitária ao fluxo migratório de venezuelanos na cidade de Manaus**. Manaus, 2019. Disponível em: https://www.seas.am.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/Plano-Seas-2019_fluxo-migratorio-venezuelano.pdf. Acesso em: 6 out. 2021.
- ARRUDA-BARBOSA, L. de; SALES, A. F. G.; SOUZA, I. L. L. de. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 2, e190730, p. 1-11, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/tCYm8ZhStx46pYC8JK39rfB/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.
- ARRUDA-BARBOSA, L. de; SALES, A. F. G.; TORRES, M. E. M. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. **Interface: comunidade, saúde, educação**. Botucatu, v. 24, e190807, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/wyyZ7pD8kjbCDWLq3X3xMLC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2009.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de HIV e aids**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020a. Número especial. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2020/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf. Acesso em: 5 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de sífilis**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/arquivos/2020/BoletimSfilis2020especial.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**: manual para a equipe multiprofissional. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/cuidado-integral-pessoas-que-vivem-com-hiv-pela-atencao-basica>. Acesso em: 17 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020c. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2020/ist/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf/view. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view. Acesso em: 18 abr. 2021.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; MACEDO, M. (org.). **Imigração e refúgio no Brasil**. Relatório anual 2020. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília: OBMigra, 2020. (Série Migrações). Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/relatorio-anual/2020/OBMigra_RELATÓRIO_ANUAL_2020.pdf. Acesso em: 5 fev. 2025.

- DEWES, J. O. **Amostragem em bola de neve e *respondent-driven sampling***: uma descrição dos métodos. 2013. Monografia (Bacharelado em Estatística) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/93246>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVByhrN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 fev. 2025.
- GASPAR, P. C. *et al.* Protocolo brasileiro para infecções sexualmente transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. esp. 1, e2020630, 15 mar. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/TfDK54RTKgnqvB7TDFkjSD/>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- INSTITUTO MIGRAÇÕES E DIREITOS HUMANOS. Refúgio, migrações e cidadania. **Caderno de Debates**. Brasília, v. 13, n. 13, 2018. Disponível em: <https://www.migrante.org.br/wp-content/uploads/2019/01/FINAL-para-web-IMDH-Caderno-de-Debates-ed13.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2021.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **World migration report 2020**. Geneva: IOM World Migration Report, 2020. Disponível em: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789290687894>. Acesso em: 5 fev. 2020.
- IVANOVA, O.; RAI, M.; KEMIGISHA, E. A systematic review of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee, migrant and displaced girls and young women in Africa. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 8, art. 1583, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6121882/>. Acesso em: 17 nov. 2021.
- JEZUS, S. V. de *et al.* Local action plan to promote access to the health system by indigenous Venezuelans from the Warao ethnic group in Manaus, Brazil: analysis of the plan's development, experiences, and impact through a mixed-methods study (2020). **PLoS One**, v. 16, n. 11, e0259189, p. 1-19, 15 nov. 2021.

- MONTEIRO, S. S. *et al.* Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1793-1807, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RNkwKrgv4Lqs7DB4QvGKmKH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out 2021.
- NDUMBI, P. *et al.* Barriers to health care services for migrants living with HIV in Spain. **European Journal of Public Health**, v. 28, n. 3, p. 451-457, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/28/3/451/4793387?login=true>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Guidance document on migration and health**. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/guidance-document-migration-and-health>. Acesso em: 5 fev. 2025.
- RORAIMA. Secretaria do Trabalho e Bem-Estar Social. **Cesta da Família**. Mecejana, c2025. Disponível em: <https://setrabes.rr.gov.br/programa-cesta-da-familia/>. Acesso em: 5 fev. 2025.
- UNICEF. **Crise migratória venezuelana no Brasil**: o trabalho do UNICEF para garantir os direitos das venezuelanas migrantes. c2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>. Acesso em: 15 abr. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting the health of refugees and migrants**: draft global action plan, 2019-2023. Report by the Director-General. Seventy-second World Health Assembly. Provisional agenda item 12.4. [Geneva], 25 Apr. 2019. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_25-en.pdf. Acesso em: 5 fev. 2025.

União entre órgãos municipais, estaduais e sociedade civil como estratégia de atenção à saúde do migrante internacional: a experiência de Manaus

Sonia Vivian de Jezus · Yan Mathias Alves · Vânia Maria Silva Araújo ·
Marvis Canelonez · Lara Bezerra de Oliveira · Daniel Sacramento · Jair Pinheiro ·
Ethel Leonor Noia Maciel · Ricardo Alexandre Arcêncio

Com a crise econômica na Venezuela, associada ao aumento do desemprego, da fome e da insegurança, o fluxo migratório de venezuelanos para o Brasil se avolumou, principalmente para Manaus. Desenvolveu-se, então, o primeiro plano de ação para a saúde dos migrantes. Primeiramente, o foco eram as famílias de indígenas venezuelanos da etnia Warao, que foram os primeiros a migrar para a capital em fins de 2016. Em seguida, o plano estendeu-se para os não indígenas.

Tal plano tinha como finalidade desenvolver ações e estratégias de saúde no processo de enfrentamento dos agravos à saúde no nível de Atenção Primária à Saúde (APS). Ele passou por algumas reformulações, inclusive adaptações ao contexto da pandemia de covid-19 (Amazonas, 2020). O objetivo deste estudo é descrever essa

experiência de Manaus, que contou com a participação de órgãos públicos e da sociedade civil, para garantir ao migrante internacional acesso à proteção social e ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A construção do plano de atenção à saúde dos venezuelanos em Manaus

No final de 2016, Manaus começou a receber um grande fluxo migratório de famílias indígenas da etnia Warao, oriundas da Venezuela. Elas se dirigiram para a capital do Amazonas após um período de permanência nas cidades de Pacaraima e Boa Vista, em Roraima. No primeiro bimestre de 2017, o quantitativo desses migrantes vivendo em situação de rua e como pedintes nos semáforos de Manaus já representava um problema social com necessidade de intervenção governamental. Essa situação foi relatada pela Secretaria Municipal da Mulher, Direitos Humanos e Cidadania (SEMMASDH)¹ ao Comitê de Políticas para a População de Rua (Manaus, 2017a).

Diante de uma demanda gerada pelo Comitê, do qual a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (Semsu) é membro efetivo, iniciou-se o plano *Ações de saúde na Atenção Primária aos indígenas venezuelanos em situação de rua e em condição de abrigo em Manaus*, mediado pela equipe do Consultório na Rua (CnaR) e pelos técnicos da SEMMASDH (Manaus, 2017a).

Primeiramente, foram identificadas as famílias alojadas em barracas no entorno da rodoviária da cidade, onde havia indivíduos com necessidade de encaminhamento para a rede de atenção à saúde e/ou de acompanhamento da situação de saúde pelo CnaR. Além disso, constatou-se a necessidade de mapear todos os núcleos familiares que se encontravam no local (Manaus, 2017a).

No segundo momento, em março de 2017, as equipes retornaram à rodoviária para realizar o mapeamento, traçar o perfil epidemiológico e mobilizar a rede de atenção à saúde para o atendimento emergencial dos grupos prioritários nos territórios

1 A Lei Municipal nº 2.369, de 29 de novembro de 2018, alterou o nome dessa secretaria para Secretaria Municipal da Mulher, Assistência Social e Cidadania (Semasc).

de abrangência. Mapearam-se treze núcleos familiares com 44 integrantes, entre crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos (Manaus, 2017a).

Uma terceira ação de saúde foi realizada com o deslocamento de equipes para o atendimento nas dependências administrativas da rodoviária, bem como em outros locais no centro da cidade que já se destacavam como pontos de alojamento de migrantes indígenas. Entre as ações, foram ofertados serviços de odontologia, dermatologia, censo vacinal, redução da carga parasitária e encaminhamento para a rede de atenção à saúde dos casos que demandavam consultas e exames em outros níveis de atenção do SUS. Nesse momento, também, equipes realizaram a primeira ação integrada entre os programas estadual e municipal de enfrentamento da tuberculose, identificando oito casos novos da doença (Manaus, 2017a).

O Sistema de Registro Nacional Migratório (Sismigra) registrava 219 migrantes venezuelanos em Manaus no ano de 2017, mas havia subnotificação, e a meta era alcançar pelo menos quatrocentas pessoas, exclusivamente indígenas (Manaus, 2017a; Observatório das Migrações em São Paulo, c2020). Esse primeiro plano de ação previu o atendimento das situações emergenciais com o devido encaminhamento para a rede de emergência da gestão estadual de saúde e, principalmente, a inclusão dos migrantes na APS sob gestão da Semsu.

Ao longo do biênio 2017-2018, a Secretaria Municipal de Saúde (Semsu) empreendeu relevantes estratégias, tanto de caráter emergencial quanto de cuidado continuado, a exemplo das ações de saúde e a implantação das equipes fixas no Terminal Rodoviário, Abrigo do Serviço de Acolhimento Institucional de Adultos e Famílias do Coroadó (Disa Sul), Abrigo Alfredo Nascimento (Disa Norte) e Cáritas Arquidiocesana de Manaus, além do cuidado volante, por meio da equipe do Consultório na Rua – eCnaR, realizado diretamente nas casas-abrigo onde as famílias Warao foram alocadas (Manaus, 2019, p. 5).

Após avaliação das ações emergenciais realizadas e diante da intensidade do fluxo migratório nos anos seguintes, quando se registraram, nos anos de 2018 e 2019, 2.953 e 14.660 venezuelanos em Manaus, respectivamente, tornou-se necessário realizar uma ampliação do plano em 2019, uma vez que, além dos migrantes indígenas, não indígenas se encontravam em situação de vulnerabilidade nos diversos abrigos

da cidade (Manaus, 2019; Observatório das Migrações em São Paulo, c2020). O novo plano foi fundamentado nos princípios e diretrizes das leis nº 8.080 e nº 8.142, bem como da Política Nacional para a População em Situação de Rua, e elaborado conjuntamente pela Semsa e pela SEMMASDH.

A reformulação do plano de ação

Com o aumento exponencial de não indígenas venezuelanos na cidade de Manaus, houve a necessidade de oferecer respostas mais efetivas e ampliar as ações voltadas à promoção e ao cuidado em saúde nas áreas da atenção e vigilância para essa população, o que acarretou uma atualização do plano de ação.

Atualizado, o plano passou a ser denominado de *Plano de ação anual 2019: Atenção Primária em Saúde aos migrantes venezuelanos em Manaus* e buscou o fortalecimento do processo de vinculação dos locais de abrigamento de migrantes à Rede de Atenção Primária de cada território, incluindo nesse processo os Distritos de Saúde (Disas), responsáveis pela operacionalização das ações de vigilância e atenção à saúde no âmbito das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família da Semsa (Manaus, 2019).

Entre as medidas adotadas pela Semsa para assistir essa população, tem-se a implantação de equipes exclusivas para atendimento na rodoviária, no Abrigo do Coroadó e Cáritas Arquidiocesana de Manaus, além de unidades volantes, compostas pela equipe do Consultório na Rua, e o referenciamento do cuidado para as Unidades Básicas de Saúde conforme o local de moradia (Manaus, 2019).

Nesse mesmo período, Manaus recebeu a Operação Acolhida, coordenada pelo Ministério da Defesa e executada pelo Exército Brasileiro, que se efetivou por meio da articulação com instituições da rede de políticas públicas, como a justiça e direitos humanos, assistência social e saúde, organismos internacionais para migração e a sociedade civil (Manaus, 2019). Com a efetivação e o fortalecimento da articulação entre essas instituições, foram traçadas ações prioritárias para o acesso da população de imigrantes aos serviços públicos que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), na Atenção Primária à Saúde de Manaus (Manaus, 2019).

As ações foram divididas em dois cenários. No cenário 1, para as famílias e indivíduos em abrigos geridos pela SEMMASC, pela Secretaria Estadual de Assistência Social e pela Operação Acolhida, adotaram-se as seguintes estratégias:

- a) Vinculação das unidades dos territórios para atendimento em tempo oportuno e imediato, por meio do Georreferenciamento;
- b) Manter o atendimento na Rede de Atenção Primária (RAP), por meio de carteira de serviços: Emissão do Cartão SUS, triagem, imunização, aferição de PA [pressão arterial], glicemia, testagem rápida (HIV, sífilis e hepatites B e C), baciloscopia e encaminhamentos para a RAS;
- c) Triagem e levantamento do perfil epidemiológico das famílias/indivíduos abrigados;
- d) Trabalho periódico de atualização e levantamento de dados e informações que retratem o perfil epidemiológico dos abrigados, bem como composição de relatório sobre os serviços e ações realizados junto aos mesmos;
- e) Disponibilizar profissional médico para preenchimento dos formulários médicos específicos das pessoas aptas a viajarem, conforme grupos organizados pela Operação Acolhida (Manutenção de agenda pactuada);
- f) Ações de atenção e vigilância voltadas à prevenção dos principais agravos identificados, além do autocuidado e da adoção de hábitos saudáveis para a melhoria dos indicadores de saúde das famílias atendidas;
- g) Realizar ações voltadas à promoção da saúde, por meio de estratégias de Educação em Saúde e promoção e adoção de hábitos saudáveis;
- h) Manter ações de fiscalização e avaliação da qualidade da água, por meio da equipe de vigilância ambiental e sanitária;
- i) Articulação interinstitucional com o SUSAM envolvendo a referência e contrarreferência dos casos que necessitem continuidade do cuidado;
- j) Fortalecimento da atuação e referência distrital aos abrigos, para a articulação e organização do cuidado;
- k) Realizar periodicamente avaliação e acompanhamento nutricional de recém-nascidos, conforme os marcadores do consumo alimentar determinados pelo MS [Ministério da Saúde]: crianças de 0-12, 7 vezes ao ano (com 15 dias de vida, 1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses); crianças de 1-2 anos, 2 vezes ao ano

(18 e 24 meses); e, a partir dos 3 anos, elaborar documento de recomendação à Gestão do abrigo;

- l) Inserir crianças com baixo peso e em estado de desnutrição, conforme avaliação clínica e profissional de Nutrição, no Programa Leite do Meu Filho (Manaus, 2019, p. 14-16).

No cenário 2, para pessoas e famílias em situação de rua expostas a riscos pessoais e sociais, foram adotadas as seguintes estratégias:

- a) Geolocalização dos locais com maior incidência de venezuelanos para subsidiar o processo de georreferenciamento das famílias e grupos nas unidades do território;
- b) Manutenção e implementação das ações de apoio da eCnaR nos casos de venezuelanos em situação de rua que necessitem de cuidado em saúde;
- c) Realização de ações de combate/prevenção ao sarampo, tuberculose e demais agravos infecciosos agudos, virais e transmissíveis;
- d) Criação/implantação de equipe de Consultório na Rua – eCnaR Migrante;
- e) Pactuação de agenda junto aos órgãos interinstitucionais para realização de ações *in loco* de saúde, com foco nas áreas mapeadas de maior concentração de migrantes;
- f) Realizar dispensação de insumos e medicamentos, conforme prescrição clínica em tempo oportuno (Manaus, 2019, p. 17).

Além disso, foram realizadas ações complementares pela Semsa, como a articulação de vagas de estágio e residência para atuação nas ações de saúde; ampliação de vagas para o programa Mais Médicos, em Manaus; solicitação ao Ministério da Saúde de ampliação do fornecimento de insumos e medicamentos; capacitação para profissionais de saúde e equipes interinstitucionais; educação em saúde para migrantes; solicitação de material educativo bilíngue; e identificação de unidades de saúde do estado que seriam referência para o atendimento dos migrantes (Manaus, 2019).

É importante ressaltar que a adoção de estratégias de ampliação do acesso à saúde no município de Manaus não foi o suficiente para atender a população, que contava com apenas 46,3 % de cobertura da APS (Manaus, 2019).

Em 2020, surpreendida pela pandemia de covid-19 e com um quantitativo de aproximadamente 24.170 venezuelanos, Manaus elaborou o *Protocolo de abrigo para refugiados e migrantes durante a pandemia de covid-19 em Manaus*.

Protocolo de abrigo para refugiados e migrantes durante a pandemia de covid-19 em Manaus

Diante da confirmação do primeiro caso de covid-19 em Manaus, no dia 13 de março de 2020, diversas organizações governamentais e não governamentais mobilizaram-se para elaborar um protocolo com medidas básicas a serem tomadas em termos de prevenção, monitoramento, identificação de casos, isolamento e higienização do ambiente e pessoal (Amazonas, 2020).

O documento foi desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde (Susam), Secretaria Municipal de Saúde (Semsu), Fundação de Vigilância Sanitária (FVS), agências das Nações Unidas e coordenações de abrigos para refugiados e migrantes em Manaus (Amazonas, 2020).

Foram disponibilizadas informações por meio de orientações dadas individual ou coletivamente, assim como material informativo em Warao e em espanhol sobre a covid-19. Outras providências foram a definição dos casos suspeitos, prováveis e confirmados; aplicação de medidas de higiene individuais e coletivas e nas áreas dos abrigos; e a disponibilização de materiais necessários para a prevenção e o controle da doença, além do transporte dos casos suspeitos para os serviços de saúde (Amazonas, 2020).

Relatório das ações desenvolvidas

O *Relatório das ações desenvolvidas* foi um documento no qual se elencaram os resultados das iniciativas que garantiram os cuidados de saúde das famílias venezuelanas da etnia Warao que chegaram a Manaus a partir de 2016 (Manaus, 2017b).

Foram identificadas treze famílias Warao, totalizando 307 venezuelanos, dos quais 207 eram do sexo feminino. Quarenta e quatro pessoas estavam em situação

de vulnerabilidade social e necessitando de atendimento imediato, tendo sido encaminhadas aos serviços de saúde (Manaus, 2017b).

Especificamente sobre as ações voltadas para a tuberculose, a Sems, por meio da equipe do CnaR e do Núcleo de Controle da Tuberculose, em parceria com a coordenação estadual do Programa de Controle da Tuberculose/Susam e com a Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (Sejusc), realizou a busca ativa em crianças e o rastreamento por meio do exame de escarro. Durante esse processo, a equipe identificou oito contatos de tuberculose com teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) detectável, e cinco crianças foram encaminhadas para o serviço de referência e atendimento com pediatra, no território de abrangência (Manaus, 2017b).

Considerações finais

O deslocamento de imigrantes e refugiados para o Brasil representa um grande desafio para a implementação de estratégias de proteção social. Nessa perspectiva, Manaus construiu um plano de atenção aos migrantes para assistir à população venezuelana da etnia Warao, recém-chegada ao município, que se encontrava em situação de rua ao final de 2016, devido a uma crise econômica instalada em seu país de origem.

Com o fluxo migratório massivo e a chegada de venezuelanos não indígenas, houve a necessidade de ampliar as ações e atender os venezuelanos como um todo. Muitos desafios foram encontrados ao longo desse período, incluindo a chegada da pandemia de covid-19 no Brasil, que mobilizou organismos nacionais e internacionais para elaboração de medidas de proteção e controle específicas que pudessem minimizar o agravo nessa população.

As ações propostas nos documentos elaborados foram capazes de identificar o perfil da população e as principais necessidades sociais e de saúde. Assim, tornou-se possível encaminhar pessoas com agravos que demandam atendimento imediato e realizar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, além de diagnósticos e tratamentos de agravos instalados.

Acreditamos que esses documentos são de grande valia para embasar protocolos nacionais para o atendimento aos migrantes e refugiados que necessitam do SUS e fortalecer cada vez mais a integração dessa população no país.

Referências

- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de abrigo para refugiados e migrantes durante a pandemia de covid-19, em Manaus.** Manaus, 2020.
- MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Primária/GAP/NUSGE. **Plano de ação em saúde para migrantes e refugiados venezuelanos.** Manaus, 2019.
- MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de ação:** ações de saúde na Atenção Primária aos indígenas venezuelanos em situação de rua e em condição de abrigo em Manaus. Manaus, 2017a.
- MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de atenção em saúde:** indígenas venezuelanos Warao. Manaus, 2017b.
- OBSERVATÓRIO DAS MIGRAÇÕES EM SÃO PAULO. **Imigrantes internacionais registrados no Brasil (com Registro Nacional Migratório – RNM).** c2020. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/observatorio/bancointerativo/numeros-imigracao-internacional/sincretismigra/>. Acesso em: 25 jun. 2020.



PARTE 3

Saúde pública e epidemiologia



A tuberculose em migrantes no estado de Roraima: um desafio para a gestão em saúde na fronteira entre Brasil e Venezuela

Débora de Almeida Soares

Em 2023, a tuberculose (TB) foi a principal causa de morte por doença infecciosa no mundo e mantém-se como a doença que mais mata pacientes coinfectados com HIV/aids. Nesse ano, segundo relatório anual da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimou-se haver cerca de 10,8 milhões de doentes e mais de 1,25 milhão de mortes por tuberculose em todo o mundo. Quanto ao Brasil, uma estimativa da porcentagem de pessoas com TB entre os anos de 2015 e 2024 classificou o país na 22ª posição (World Health Organization, 2024), tendo registrado em 2022 mais de 80 mil casos e 5 mil óbitos em decorrência da doença (Brasil, 2024b).

Apesar do esforço prioritário para o controle da tuberculose, o Brasil tem apresentado indicadores que ratificam a contínua disseminação da doença em seu território. Entre os anos de 2015 e 2023, o total de casos de tuberculose em populações

vulneráveis, incluindo imigrantes¹, apresentou um aumento significativo (Brasil, 2024b). Em 2023, foram notificados novamente mais de 80 mil novos casos da doença, com uma taxa de incidência de 37 casos por 100 mil habitantes. Entre os estados brasileiros com maior carga de novos casos de tuberculose, encontravam-se: Roraima (85,7/100 mil hab.); Amazonas (81,6/100 mil hab.); Rio de Janeiro (70,7/100 mil hab.); Acre (53,0/100 mil hab.); Pernambuco (51,5/100 mil hab.); Mato Grosso do Sul (50,5/100 mil hab.); e Pará (48,8/100 mil hab.) (Brasil, 2024b). A presença de quatro dos cinco estados da Região Norte do país nesses dados revela que é lá onde o problema está mais concentrado.

Outros países da América do Sul que têm fronteiras terrestres com o Brasil também apresentam uma alta incidência de tuberculose. Em 2023, no Peru eram 173 casos de tuberculose a cada 100 mil habitantes; na Bolívia, 105 casos; na Guiana, 64; no Paraguai, 62; na Colômbia, 46; na Venezuela, 45; no Uruguai, 42; na Argentina, 35; e no Suriname, 29 casos (World Bank Group, c2025). Porém, o Brasil é o único país do continente com um sistema de saúde de acesso público, universal e gratuito. Diante disso, a atenção à saúde nas regiões de fronteira é caracterizada pela alta demanda de migrantes de países vizinhos que, além de motivados por outros fatores, buscam atendimento em todos os níveis de assistência (Mondardo; Staliano, 2020), atraídos pela qualidade do serviço oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela gratuidade de acesso.

A demanda dos imigrantes se soma à dos cidadãos brasileiros usuários do sistema, gerando uma sobrecarga na capacidade de atendimento dos serviços de saúde e alterando a dinâmica epidemiológica nesses territórios, a partir da permanência temporária ou definitiva desses estrangeiros no território brasileiro (Hortelan *et al.*, 2019). Assim, apesar da constante implementação de políticas e programas em âmbito nacional, estadual e municipal, historicamente o SUS enfrenta uma crise global no

1 Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), migração é o “[...] movimento de uma pessoa ou de um grupo de pessoas através de uma fronteira internacional ou dentro de um Estado”, independentemente da motivação que ocasiona o processo migratório (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016). Em âmbito internacional, não há uma definição globalmente aceita do termo “migrante”. Podem ser considerados migrantes aqueles que permanecem definitivamente no país de acolhimento, aqueles que estão em trânsito para outros países ou aqueles que transitam ativamente entre países de forma sazonal (Glossário [...], 2009). Neste estudo, adotamos a definição de migrante segundo as orientações da OPAS.

que se refere à organização e ao gerenciamento efetivo de serviços e ações em saúde. Essa crise torna cada vez mais desafiador atender às demandas reais e específicas de cada território de saúde, principalmente em locais de difícil acesso, como é o caso das regiões de fronteira (Mendes, 2010; Paim, 2013).

O Comitê Nacional para Refugiados (Conare) relatou que, em 2018, as solicitações de refúgio no Brasil concentraram-se principalmente nos estados de Roraima (50.770), Amazonas (10.500) e São Paulo (9.977), e das 80 mil solicitações aplicadas em território brasileiro, mais de 61 mil eram de cidadãos venezuelanos (Brasil, 2019a). No ano anterior, Roraima havia recebido cerca de 16 mil solicitações de refúgio, ou seja, houve um aumento de mais de 200 % nesse número.

Contudo, menos de 50 % das solicitações de refúgio em 2017 e 2018 foram efetivamente deferidas. O alto número de pedidos recusados é um problema que ocorre há muitos anos, sob a alegação do Conare de que certos estrangeiros não atendem aos critérios de elegibilidade dispostos em lei² (Jubilut; Godoy, 2017). Diante de tal situação, podemos inferir que existe um quantitativo considerável de imigrantes venezuelanos sem autorização legal para a residência e/ou exercício de direitos, como o acesso a bens e serviços básicos essenciais no território brasileiro em Roraima.

Apesar das limitações dos grupos de migrantes venezuelanos residentes na fronteira brasileira com a Venezuela para o acesso aos serviços de saúde, entre 2015 e 2019, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde identificou entre eles surtos de doenças como sarampo e hepatite A, além de casos de tuberculose, malária, sífilis e leishmaniose. Todas as doenças notificadas em imigrantes apresentaram números superiores aos registrados na população nacional (Santos Júnior; Rocha; Soares, 2019).

2 Lei nº 9.474/97, art. 1º, incisos 1, 2 e 3: “Será reconhecido como refugiado todo indivíduo que devido a fundados temores de perseguição por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opiniões políticas encontre-se fora de seu país de nacionalidade e não possa ou não queira acolher-se à proteção de tal país, que não tendo nacionalidade e estando fora do país onde antes teve sua residência habitual, não possa ou não queira regressar a ele, em função das circunstâncias descritas no inciso anterior, ou que devido a grave e generalizada violação de direitos humanos, é obrigado a deixar seu país de nacionalidade para buscar refúgio em outro país”. A partir de 2018, houve o reconhecimento da situação de grave violação dos direitos humanos na Venezuela pelo governo brasileiro, com o objetivo de simplificar a tramitação das solicitações de refúgio dessa população.

O relatório epidemiológico oficial do Ministério da Saúde venezuelano de 2016 já apontava um crescimento de 68 % no número de casos de tuberculose (7.816 casos novos), com uma taxa de incidência de 32,4 casos a cada 100 mil habitantes, considerada a mais alta do país em quarenta anos (Espinosa; Mirinaviciute, 2019; Maurera; Bastidas, 2019; Page *et al.*, 2019).

Vale ressaltar ainda que a Venezuela apresenta um cenário questionável no que se refere à divulgação de dados oficiais sobre surtos e epidemias de agravos reemergentes. Diante disso, a emigração intensa no país pode se tornar um fator de risco iminente para a reintrodução e disseminação de doenças já consideradas controladas no território brasileiro (Tuite *et al.*, 2018). Esse impacto epidemiológico que a migração venezuelana tem exercido no panorama de saúde brasileiro, especialmente na região de fronteira, ainda carece de estudos. Verificamos tal lacuna de conhecimento nessa matéria através de pesquisa bibliográfica em bases de dados internacionais (Scopus, Medline, Embase, LILACS).

Essas observações levantaram a necessidade de descrição e análise profunda do perfil epidemiológico da tuberculose em Roraima, com foco na população venezuelana residente no estado. Diante da expressividade do número de casos da doença existente no território, inferiu-se que Roraima já apresentava, há algum tempo, condições favoráveis à proliferação e à manutenção de altas cargas de tuberculose. Isso sugere que a gestão em saúde local deve implementar novas estratégias para a prevenção e o controle da tuberculose, incluindo, sobretudo, a assistência em saúde ao imigrante. Além disso, destaca-se a importância das políticas de controle da doença no Brasil e na Venezuela, principalmente, na zona de fronteira, onde é impreterível uma articulação entre as autoridades de saúde de cada um dos lados.

Com o fim de averiguar as características de distribuição da doença na população migrante e não migrante nesse território, fez-se um estudo ecológico, abrangendo o período de 2009 a 2019³, cuja principal limitação foi a qualidade dos dados secundários utilizados. Apesar de a notificação de casos de tuberculose ser compulsória, ela depende do grau de sensibilidade e da responsabilidade dos notificadores.

3 Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, sob nº CAAE: 60019222.5.0000.5393.

Por isso, a subnotificação ou omissão de informações importantes podem ter implicações sobre os resultados obtidos na pesquisa.

Dinâmica geopolítica, socioeconômica e de modelo de atenção à saúde no estado de Roraima: uma breve contextualização

O estado de Roraima está situado na Região Norte do Brasil, em uma zona periférica da Amazônia Legal, com um produto interno bruto (PIB) *per capita* de R\$ 33.153, em 2024, e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que era de 0,699, em 2021, segundo dados do IBGE. A população aumentou, de aproximadamente 450 mil habitantes em 2010 para 636 mil pessoas em 2022 distribuídas em quinze municípios. A capital é Boa Vista, onde se concentram mais de 60 % da população total do estado (IBGE, 2021, c2023). O estado possui fronteiras territoriais internacionais com a Venezuela e a Guiana, e nacionais com os estados do Pará e do Amazonas.

O mapa de assistência à saúde divide o território do estado em duas macrorregiões, representadas nas figuras 1 e 2, em cujas legendas foram incluídos dados atualizados do Censo 2022 sobre a população estimada dos municípios para o ano de 2024.

Figura 1 – Mapa da Região de Saúde Centro Norte (Monte Roraima) de Roraima



Legenda – Região Centro Norte (Monte Roraima)			
Municípios integrantes		População regional (estimativas)	
		2016	2024
01	Alto Alegre	16.053	23.049
02	Amajari	11.285	15.583
03	Boa Vista (capital)	326.419	470.169
04	Bonfim	11.843	15.222
05	Cantá	16.516	20.552
06	Mucajaí	16.618	19.619
07	Normandia	10.339	15.744
08	Pacaraima	12.144	22.104
09	Uiramutã	9.664	15.571

Fonte: IBGE (c2023) e Roraima (2016, p. 67).

Figura 2 – Mapa da Região de Saúde Sul de Roraima



Legenda - Região Sul			
Municípios integrantes		População regional (estimativas)	
		2016	2024
01	Caracará	20.537	22.443
02	Caroebe	9.331	11.708
03	Iracema	10.592	10.778
04	Rorainópolis	27.756	36.747
05	São João da Baliza	7.629	9.727
06	São Luiz	7.503	7.777

Fonte: IBGE (c2023) e Roraima (2016, p. 69).

Em 2016, a capital, Boa Vista, concentrava cerca de 80 % do total de serviços públicos de saúde disponíveis para a população, distribuídos entre os níveis primário e de média e alta complexidade. A atenção à saúde era de cunho predominantemente público e gratuito e regida pelas diretrizes do SUS. A Atenção Primária contava com

34 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com uma capacidade de cobertura de 55 % da população pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (Roraima, 2016).

A média complexidade dispunha de cerca de dez equipamentos de saúde ambulatoriais de referência para exames e consultas especializadas e quatro equipamentos de saúde de alta complexidade com atendimento integrado para urgências e emergências (dois hospitais gerais, um hospital pediátrico e uma maternidade), sendo estes referência de internação para toda a população do estado. Os demais municípios contavam com uma rede de serviços de saúde pública voltada para os cuidados primários, gerida pelas respectivas administrações municipais de cada cidade. Na ocorrência de situações que exigissem cuidados de saúde mais complexos, os pacientes eram encaminhados à capital (Roraima, 2016).

Segundo uma pesquisa sobre a distribuição de renda realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, a Região Norte, entre as cinco regiões do país, apresenta-se em segundo lugar em desigualdade de renda e no recebimento de subsídios de programas de suplementação de renda pelo governo (IBGE, 2023). Nesse ano, pelo coeficiente de Gini, Roraima era o primeiro estado, entre as 27 unidades federativas brasileiras, no *ranking* de desigualdade na distribuição de renda entre a população (Roraima, 2024), e mais de 10 % da população roraimense é beneficiária do programa Bolsa Família (Brasil, 2024c).

A dinâmica econômica de Roraima é voltada principalmente para a prestação de serviços ao governo, através do funcionalismo público. O setor primário, que também contribui para a economia, tem como foco principal a agricultura e a pecuária, com uma oferta restrita de emprego e limitada capacidade de exportação de produtos, devido ao isolamento territorial. Por ter um setor industrial pouco desenvolvido, como foi observado por Oliveira (2019), a importação de bens de consumo, incluindo bens essenciais, é uma necessidade econômica vigente que aumenta significativamente o custo de vida para a população local.

O estado de Roraima lida, desde 2015, com a intensa migração de venezuelanos motivada pela crise política, econômica e social do país vizinho, iniciada em meados de 2013. Mas, mesmo antes da intensificação da migração venezuelana, uma parcela significativa da população de Boa Vista, a capital do estado, já sofria com a escassez de políticas integradas de educação, de inserção digna no mercado de trabalho e de ampliação dos serviços de saúde (Oliveira, 2019).

A governança local, sem o apoio dos governos estadual e federal para atrair projetos de desenvolvimento econômico para a região, não dispõe de capacidade gerencial suficiente para promover a estabilidade econômica através, por exemplo, da criação de empregos e da geração de renda, para uma população majoritariamente desempregada ou inserida no mercado informal e com baixo grau de escolaridade (Oliveira, 2019; Ruediger *et al.*, 2018).

Em 2017, apenas 39 % do total de imigrantes venezuelanos residentes em Roraima afirmava ter acesso ao sistema de saúde, 10 % ao sistema educacional e 2 % aos serviços de assistência social. Cerca de 48 % do total de imigrantes não tinham acesso a nenhum tipo de serviço público, apesar da cobertura universal e gratuita desses sistemas (Oliveira, 2019), de acordo com a Constituição Brasileira⁴.

O estado de Roraima oferecia, até 2021, treze abrigos para imigrantes, com capacidade de acolher aproximadamente 7 mil pessoas, sob a coordenação do Acnur e das forças militares nacionais. Quarenta por cento dos migrantes nesses abrigos permaneciam por mais de seis meses (Acnur, 2020, 2022). Entretanto, são raros os documentos oficiais que descrevem quais os tipos de serviços eram oferecidos a eles nesses locais, principalmente no âmbito da assistência à saúde.

Perfil epidemiológico da tuberculose no estado de Roraima

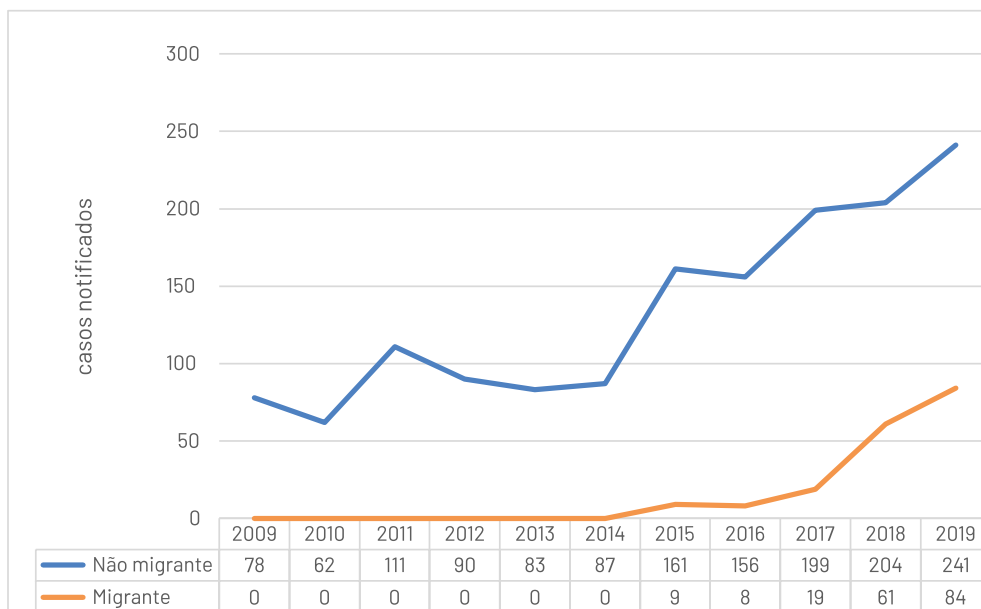
Em Roraima, um total de 2.111 casos foram notificados no período de 2009 a 2019 no Sinan. De forma geral, verificou-se uma maior incidência em pessoas do sexo masculino (1.398 casos, 66,2 %). A idade média dos infectados foi de 38,25 anos (mediana: 36 anos; desvio padrão: 18,47 anos; amplitude: 27 anos, [IC 95 % UI: 37,46–39,04]), nas raças parda — 1.293 (61,6 %) — e indígena — 487 (23,1 %) —, com uma maior

4 A Constituição Federal de 1988, em seu art. 6º estabelece como “[...] direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]”. O art. 196 do mesmo documento estabelece ainda que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2024a).

concentração de casos distribuída entre indivíduos com escolaridade de primeira a quarta série — 474 (29,4 %) —, seguidos de quinta a oitava série — 369 (22,9 %) — e ensino médio — 344 (21,4 %).

Um total de 49 (2,3 %) casos notificados correspondia a indivíduos provenientes do estado do Amazonas, que faz fronteira com Roraima. Além disso, 181 (8,6 %) casos novos foram notificados em migrantes vindos de outros países, a maioria — 132 (72,9 %) — da Venezuela. Verifica-se ainda que os casos novos de tuberculose notificados para imigrantes começam a aparecer a partir de 2015, chegando a representar quase 35 % do total no ano de 2019. Contudo, mesmo antes da intensificação migratória, o estado de Roraima registrava cargas expressivas de tuberculose na população residente (Figura 3). Segundo o *Boletim epidemiológico* do Ministério da Saúde, no ano de 2014 o estado apresentou um coeficiente de 29,7 casos de tuberculose por 100 mil habitantes (Brasil, 2014).

Figura 3 – Quantitativo de casos novos de tuberculose notificados em Roraima em migrantes e não migrantes, no período de 2009 a 2019



Fonte: Soares, Arcêncio e Fronteira (2023, p. 3).

Diversos estudos apontam a relação entre a incidência da tuberculose em uma determinada população e condições de vida, tais quais pobreza, má distribuição de renda e miséria, cenários que têm como consequência a fome e a disseminação de doenças. Ainda assim, em Roraima entre 2009 e 2019, apenas cerca de 10 % do total de casos novos notificados eram de indivíduos que recebiam algum tipo de benefício social do governo. Então, ao considerar as características sociodemográficas dos indivíduos notificados com tuberculose e o aumento do número de casos na população residente em Roraima, principalmente a partir de 2015, pode-se supor que a ampliação da oferta de programas sociais de transferência de renda para pessoas vulneráveis seguiu um ritmo mais lento que o da propagação da doença no cenário epidemiológico desse território.

Além disso, as vulnerabilidades sociais relacionadas à baixa escolaridade, condições precárias de vida e de saúde tornam indígenas, brasileiros e venezuelanos, mais suscetíveis ao adoecimento por tuberculose. Segundo Ferreira *et al.* (2020), as populações indígenas mais acometidas pela tuberculose estão concentradas em países da América Latina, com uma prevalência de casos em grupos amazônicos brasileiros, com índices superiores a mil casos por 100 mil habitantes, o que é pelo menos vinte vezes maior que a incidência na população geral brasileira.

Na dinâmica intensiva de deslocamento de venezuelanos que têm o Brasil como destino, a Região Norte se configura como porta de entrada. Essa migração, a princípio, foi protagonizada por mulheres, indígenas, predominantemente da etnia Warao, provenientes do território de fronteira, motivadas pela grave instabilidade política, econômica e social que assola a Venezuela e que levou à escassez de água, alimentos, empregos e serviços essenciais básicos naquele território (Acnur, [2021]). Assim, entre os migrantes deslocados para o Brasil, há uma predominância, em números absolutos, de casos de tuberculose em pessoas do sexo feminino, indígenas e moradores de rua.

A maioria das mulheres que emigrou da Venezuela para o Brasil trouxe consigo pelo menos um filho menor de idade, fator que agrava sua situação de vulnerabilidade (Simões; Silva; Oliveira, 2017). Essa população se instalou principalmente nos municípios de Pacaraima e Boa Vista (Roraima); Manaus (Amazonas); e Belém (Pará). Um estudo anterior concluiu que o principal motivo para os indígenas Warao terem

emigrado foi a fome, além das dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde e educação e do descaso do governo venezuelano com os indígenas (Oliveira, 2019).

A Plataforma Regional de Coordenação Interagências para Refugiados, Refugiadas e Migrantes da Venezuela (R4V), liderada pelo Acnur e pela IOM, reportou que, até o ano de 2021, em Roraima, cerca de 6 mil migrantes venezuelanos viviam em situação de rua ou em moradias não convencionais/ocupações espontâneas superlotadas, sem acesso aos recursos básicos necessários, como água potável, energia elétrica e alimentação (RMRP [...], [2022]).

Esses grupos de migrantes eram compostos por indígenas, mulheres e crianças, dos quais cerca de 61 % relataram ter pelo menos um familiar que necessitava de cuidados médicos. Eles estavam concentrados principalmente em Pacaraima — município brasileiro na fronteira com Venezuela — e na capital do estado de Roraima, Boa Vista. Um estudo que comparou desfechos de tratamentos de tuberculose em populações de rua e na população geral do Brasil demonstrou que as proporções de perda de segmento (descontinuidade no tratamento) e de óbito em populações em situação de rua são 2,5 e 2,9 vezes maior, respectivamente, que na população geral (Santos *et al.*, 2021).

No Brasil, a Política Nacional para População em Situação de Rua, do Ministério da Saúde, prevê o acesso aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, de forma ampla e simplificada, buscando atender sobretudo às necessidades peculiares desse grupo populacional (Silva, T. O. *et al.*, 2021). Entretanto, verifica-se que o processo de implementação de ações que garantam o direito de acesso a serviços de saúde a populações vulneráveis com tuberculose, como migrantes e pessoas em situação de rua, não consegue acompanhar em tempo real a dinâmica social e o impacto dela no perfil epidemiológico de disseminação da doença em um determinado território.

A situação de imigração pode dificultar o acesso a serviços de assistência social e de saúde, principalmente para indivíduos que não têm documentação legal no país onde foram acolhidos. Um estudo realizado em 2017 com migrantes venezuelanos residentes em Boa Vista apontou que, naquele ano, apenas 2,2 % dos indivíduos entrevistados tinham acesso a benefícios de assistência social (Oliveira, 2019; Simões; Silva; Oliveira, 2017).

Diante de tal situação, infere-se que existe um quantitativo considerável de migrantes venezuelanos sem autorização legal para o exercício de direitos, como o acesso a benefícios de proteção social oferecidos pelo governo no território brasileiro em Roraima. Esse contexto adverso pode agravar ainda mais cenários de fome e miséria vivenciados por eles, com consequentes desfechos desfavoráveis para os indivíduos migrantes acometidos por tuberculose.

Aspectos clínicos dos casos de tuberculose notificados em Roraima

Em relação aos aspectos clínicos dos casos de tuberculose notificados de 2009 a 2019, a proporção entre migrantes e não migrantes não apresentou diferenças discrepantes. Entre migrantes, houve maior número de casos de readmissão após abandono do tratamento (3,3 %), uma maior proporção de casos de tuberculose pulmonar (82,9 %), de tuberculose clínica mista — pulmonar e extrapulmonar — (7,2 %) e de aids associada (11,2 %) em comparação com não migrantes (2,4 % de readmissão após abandono do tratamento, 5,8 % de tuberculose clínica mista, 8,9 % de aids associada).

O reingresso após abandono, que foi maior entre os migrantes em comparação com não migrantes, refere-se, segundo o Ministério da Saúde, aos casos de tuberculose ativa, tratados anteriormente por mais de trinta dias, que deixaram de tomar o medicamento por trinta dias consecutivos ou mais (Brasil, 2019b). A interrupção do tratamento é um dos mais sérios problemas para o controle da tuberculose, por resultar na persistência da fonte de infecção ativa, no aumento das taxas de recidiva e na chance do desenvolvimento de cepas de bacilos resistentes à doença.

Como o migrante internacional diagnosticado com tuberculose carrega consigo particularidades sociais e culturais que podem se configurar em barreiras de acesso ao tratamento da tuberculose no país que o acolhe, o serviço de saúde deve, desde o primeiro contato com esse indivíduo, procurar estabelecer com ele um vínculo e acompanhar a evolução do tratamento, o que colabora para um desfecho clínico positivo (Soares; Arcêncio; Fronteira, 2023). Para tal, a capacidade instalada de serviços na Atenção Primária à Saúde deve ser baseada nas características intrínsecas da população que reside em cada território, indo além da oferta de consultas e exames.

Em Roraima, a concentração de 80 % dos serviços de saúde na capital, sobretudo em áreas centrais da cidade de Boa Vista, também dificulta o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, uma vez que essa população reside majoritariamente nas zonas periféricas da cidade. Cabe à gestão em saúde do território um olhar mais sensível e ampliado às necessidades de readequação e de implementação de estratégias dinâmicas para sensibilizar e captar esse público, especialmente nas zonas em que ele está mais concentrado, visto a crescente demanda no cenário epidemiológico da tuberculose.

Além disso, a capacidade de cobertura da Atenção Primária à Saúde de apenas 55 % da população em Roraima, no ano de 2016, é um indicador da deficiência na oferta de ações que colaboram para a prevenção e o controle da tuberculose no estado, mesmo antes do advento da migração. Consequentemente, o aumento da demanda de atendimento decorrente de casos ativos de tuberculose após o início da migração pode ter gerado uma sobrecarga nos serviços, devido à sobreposição dos novos casos de tuberculose aos casos preexistentes da doença.

Em relação à forma clínica, a maior proporção de casos de coinfeção de tuberculose e HIV entre imigrantes, quando comparados a não migrantes, corrobora o que se observa em países da Europa. Nesse continente, a tuberculose e o HIV são doenças de grande impacto epidemiológico em territórios de acolhimento e estão diretamente relacionadas à migração, principalmente de indivíduos provenientes de países da América Latina e da África (Gomes; Dias; Nunes, 2017). No Brasil, o risco de adoecimento por tuberculose em populações com HIV é 25 vezes maior do que na população geral (Brasil, 2021).

É recomendado que o tratamento da tuberculose em pessoas vivendo com HIV seja realizado por aparelhos de saúde de maior complexidade (Brasil, 2019b), devido às peculiaridades relacionadas ao acompanhamento clínico desses agravos. Em Roraima há, na capital, um ambulatório de referência de média complexidade especializado no atendimento a pacientes coinfectados com tuberculose e HIV. Os resultados mostraram um percentual significativo da população geral não migrante também acometida por essa coinfeção. Isso significa que a capacidade de atendimento do centro especializado, que já estava comprometida com a população não migrante que utilizava esse serviço, pode ter sofrido um estrangulamento relacionado ao número de casos progressivos de coinfeção detectados na população imigrante a partir de 2015.

Aspectos relacionados ao diagnóstico dos casos de tuberculose notificados em Roraima

Os resultados apontaram uma maior proporção de baciloscopias (pesquisa de BAAR) positivas entre imigrantes quando comparados a não migrantes. A baciloscopia é recomendada como primeira escolha para o diagnóstico de tuberculose, por ser um método de baixo custo e eficiente para detectar pacientes bacilíferos — aqueles que eliminam muitos bacilos pela tosse, pelo espirro, pela fala —, responsáveis por alimentar a cadeia de transmissão ativa da doença (Silva, D. R. *et al.*, 2021).

A proporção de baciloscopias positivas entre imigrantes em Roraima pode significar um aumento na transmissão da doença nesse grupo populacional; entretanto, também pode estar relacionada a uma sensibilização dos serviços de saúde locais na busca ativa de casos de tuberculose entre essa população. A implementação de abrigos para refugiados, que conta com a participação de organizações internacionais na oferta de serviços de saúde, pode ter colaborado para a realização de mais baciloscopias de escarro em migrantes refugiados.

Estudos anteriores realizados no contexto da imigração para países europeus apontaram o risco potencial de disseminação da tuberculose entre imigrantes refugiados, considerando as condições de vulnerabilidade às quais estão expostos, sobretudo em abrigos coletivos, onde há: aglomeração de pessoas, situações precárias de moradia, higiene e saneamento básico, má alimentação, entre outros fatores (Boudville; Joshi; Rijkers, 2020; Tavares *et al.*, 2017).

Considerando a existência de refúgios coletivos em Roraima, faz-se necessário o esforço conjunto entre instituições sociais e de saúde para a garantia da oferta de ações e serviços que reduzam as iminentes situações de vulnerabilidade social e risco para a saúde a que esses imigrantes refugiados podem estar expostos, tendo como resultado a redução do risco de transmissão da tuberculose nos abrigos públicos, bem como entre a população geral.

Acompanhamento clínico e desfecho dos casos de tuberculose notificados em Roraima

Os resultados do estudo demonstraram que, no quadro geral, houve um número expressivo de pacientes que não realizaram baciloscopias de controle durante os meses de acompanhamento clínico do tratamento da tuberculose. Porém, entre os imigrantes, esta proporção foi maior em todos os meses de acompanhamento. Esses resultados sugerem possíveis deficiências estruturais e operacionais no manejo clínico da tuberculose pelas unidades de saúde de Roraima e podem ter resultado em desfechos desfavoráveis, como o abandono e a falência de tratamento.

O acompanhamento clínico da tuberculose ao longo de seis meses ou mais é, de fato, um desafio tanto para os serviços de saúde quanto para os pacientes que necessitam desse cuidado, principalmente para indivíduos com baixa renda, sem acesso a transportes e que residem em regiões mais afastadas dos serviços de saúde.

A oferta sistemática e contínua de ações de saúde deve ser planejada de forma a atender às demandas da população migrante e não migrante. Os profissionais de saúde podem ser estimulados a sugerir atividades integrativas, de acordo com a realidade de cada território. Essas atividades devem abordar novos métodos de inclusão para os indivíduos em tratamento da tuberculose, independentemente de suas nacionalidades. O objetivo é implantar atividades individuais e coletivas, gerando maior engajamento e motivando troca de experiências (Brasil, 2021).

Verificou-se, ainda, que o percentual de migrantes realizando terapia antirretroviral durante o tratamento da tuberculose era maior do que o de não migrantes. A terapia antirretroviral é fundamental para reduzir o risco de gravidade e desfechos desfavoráveis associados a coinfeção por tuberculose e HIV (Tavares *et al.*, 2017). Tavares *et al.* (2019) demonstraram, no entanto, que os imigrantes têm mais dificuldade de aderir ao tratamento combinado para tuberculose e HIV, uma vez que ele implica uma maior quantidade de medicamentos, que causam uma série de efeitos colaterais, e exige a realização frequente de exames e consultas clínicas. Os resultados deste estudo sugerem haver uma sensibilidade aprimorada dos serviços de saúde pública existentes em Roraima para oferecer a continuidade do tratamento específico para esses casos. Entretanto, a gestão em saúde deve estar em constante vigilância às necessidades de adequação da oferta de serviço às demandas em saúde de

pacientes coinfectados que necessitem de tratamento, sejam eles migrantes ou não migrantes, com o objetivo de reduzir potenciais filas de espera para o atendimento e futuros desfechos desfavoráveis associados.

Nos desfechos, tomando por base as metas pela OMS, verificou-se, em Roraima, um percentual de cura inferior ao recomendado (no mínimo 85 % de pacientes curados) (Brasil, 2021) e um percentual de abandono superior ao recomendado (no máximo 5 % de abandonos de tratamento) (Brasil, 2019b) tanto entre migrantes quanto entre não migrantes. Um estudo anterior englobando a Região Norte do Brasil apresentou resultados semelhantes para a população geral (Mariano; Magnabosco; Orfão, 2021). Esses resultados indicam mais uma vez a necessidade de implementar a oferta de ações e serviços de saúde voltados para o manejo clínico da tuberculose no estado de Roraima, além de estratégias que interfiram diretamente na adesão ao tratamento e em sua continuidade.

Entre os desfechos, observamos uma maior proporção de casos de tuberculose resistente, transferências e óbitos por tuberculose entre imigrantes, quando comparados a não migrantes. As altas cargas de tuberculose resistente entre populações migrantes têm se tornado uma preocupação, mesmo em países desenvolvidos (Nelums *et al.*, 2018). No caso de Roraima, os dados mostram um maior risco de transmissão de formas resistentes da doença em larga escala caso medidas de controle não sejam efetivamente aplicadas.

Outro dado que chama a atenção é número de transferências, que sugere que os doentes com tuberculose em situação de migração têm se deslocado com frequência dentro do território de Roraima, o que pode dificultar ainda mais o segmento do tratamento e vir a resultar em desfechos desfavoráveis.

Quanto aos óbitos, de forma geral, o Brasil tem apresentado índices elevados de mortalidade por tuberculose ao longo do tempo (Cortez *et al.*, 2021). Na Região Norte, em especial, as taxas de mortalidade são elevadas para a doença (Brasil, 2017). Em Roraima, a manutenção de altas taxas de mortalidade por tuberculose, com um acréscimo significativo de óbitos entre migrantes, aponta para a urgência na implementação de ações de prevenção e controle que possam colaborar para a redução de desfechos relacionados a óbito por tuberculose tanto na população geral quanto na população migrante residente nesse território.

Considerações finais

Este capítulo foi elaborado a partir de um estudo que teve como objetivo caracterizar e analisar o perfil epidemiológico da tuberculose em Roraima, na população migrante e não migrante que reside nesse território. Verificou-se que, em geral, o estado já apresentava uma carga elevada de distribuição da doença mesmo antes do início do fluxo migratório intenso e que essa carga aumentou significativamente nos últimos cinco anos do período analisado, ou seja, de 2015 a 2019.

As diferenças no perfil epidemiológico da tuberculose entre migrantes e não migrantes residentes no estado de Roraima foram evidenciadas, e os achados incitam questionamentos em relação à resolutividade da rede de atenção à saúde existente no território e a quais ações estratégicas têm sido planejadas e executadas com o objetivo de prevenir e controlar a tuberculose tanto entre a população geral quanto entre a população migrante.

Em regiões com altos fluxos de migração, é comum a presença de organismos internacionais que prestam serviços de ajuda humanitária nos campos sociais e de saúde. Quando essas organizações colaboram com os entes federativos responsáveis pela oferta de serviços e saúde, podem exercer um papel relevante para a garantia de direitos de populações socialmente vulneráveis. A realização de parcerias governamentais com organizações não governamentais de saúde já atuantes em Roraima pode ser uma estratégia com efeitos positivos para o controle da tuberculose.

O aperfeiçoamento profissional deve ser estimulado com o intuito de ampliar a sensibilidade clínica para os prováveis indivíduos sintomáticos respiratórios existentes na população. Os profissionais de saúde devem manter uma atenção contínua à dinâmica populacional dos territórios em que atuam, podendo assim formular estratégias de acolhimento para migrantes e não migrantes, com o intuito de garantir o acesso ao diagnóstico e promover a adesão e continuidade ao tratamento para ambos os grupos.

Enfatiza-se ainda a necessidade de implementação de estratégias de melhoria da gestão dos dados em saúde existentes. Faz-se necessário um olhar especial para a completude dos dados das fichas de notificação, como fonte de retroalimentação e monitoramento dos casos de tuberculose no sistema de informação, pois esses

dados são essenciais para a vigilância epidemiológica dos casos de tuberculose e para o planejamento estratégico de ações de controle e prevenção da doença em Roraima.

Referências

- ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Acnur em Roraima**. Relatório de atividades. [S. l.], jan./abr. 2022. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/sites/br/files/2025-01/202204-relatorio-de-atividades-roraima.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2025.
- ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Os Warao no Brasil**: contribuições da antropologia para a proteção de indígenas refugiados e migrantes. [2021]. Disponível em: <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/The%20Warao%20in%20Brazil%20-%20contributions%20from%20anthropology%20to%20the%20protection%20of%20indigenous%20refugees%20and%20migrants%20PRT.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2025.
- ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Roraima**: registro e abrigo. Relatório mensal. [S. l.], abr. 2020. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/media/20200514-relatorio-mensal-abrigos-roraima-pdf>. Acesso em: 7 fev. 2025.
- BOUDVILLE, D. A.; JOSHI, R.; RIJKERS, G. T. Migration and tuberculosis in Europe. **Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases**, v. 18, 100143, p. 1-6, 7 jan. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31956700/>. Acesso em: 11 fev. 2025.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 2024a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Comitê Nacional para os Refugiados. **Refúgio em números**. 4. ed. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/refugio-em-numeros-e-publicacoes>. Acesso em: 25 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico**: tuberculose 2022. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, mar. 2022. Número especial.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2023.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: tuberculose 2024**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, mar. 2024b. Número especial. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-tuberculose-2024/view>. Acesso em: 24 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde **Guia de vigilância em saúde**. 5. ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2. ed. atual. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2019b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 17 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. **Boletim epidemiológico**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 45, n. 2, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_2_2014.pdf. Acesso em: 4 dez. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para vigilância do óbito com menção de tuberculose nas causas de morte**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_vigilancia_obito_mencao_tuberculose.pdf. Acesso em: 1 jul. 2022.
- BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **Mais de 80,6 mil famílias de Roraima recebem o bolsa Família em outubro**. [Brasília], 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias-regionalizadas/novo-bolsa-familia/out24/mais-de-80-6-mil-familias-de-roraima-recebem-o-bolsa-familia-em-outubro>. Acesso em: 7 fev. 2025.
- CORTEZ, A. O. *et al.* Tuberculose no Brasil: um país, múltiplas realidades. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 2, e202000119, p. 1-11, 2021.

- CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1029-1042, 2011.
- ESPINOSA, L.; MIRINAVICIUTE, G. Health crisis in Venezuela: status of communicable diseases and implications for the European Union and European economic area. **Eurosurveillance**, v. 24, n. 22, p. 1-5, 2019.
- FERREIRA, T. F. *et al.* Tendência da tuberculose em indígenas no Brasil no período de 2011-2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3745-3752, 2020.
- GLOSSÁRIO sobre migração. **Direito Internacional da Migração**. Genebra: Organização Internacional para as Migrações, n. 22, 2009. Disponível em: <https://eurocid.mne.gov.pt/sites/default/files/repository/paragraph/documents/19217/glossario.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2025.
- GOMES, R.; DIAS, S.; NUNES, C. Tuberculose e imigração em Portugal: características sociodemográficas, clínicas e fatores de risco. **Revista do Observatório das Migrações**, Lisboa, n. 14, p. 9-23, 2017.
- HORTELAN, M. dos S. *et al.* Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: *scoping review*. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 229-236, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/tt3Y6pqFfw5b8KrymRVmBYb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2025.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). [Portal Cidades]. **Roraima**. c2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/panorama>. Acesso em: 7 fev. 2025.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Sistema de contas regionais: Brasil 2021. **Contas nacionais**. [S. l.], n. 94, 2021. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102045_informativo.pdf. Acesso em: 5 fev. 2025.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **World migration report 2020**. Geneva: IOM World Migration Report, 2020. Disponível em: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789290687894>. Acesso em: 11 fev. 2020.

- JUBILUT, L. L.; GODOY, G. G. de (org.). **Refúgio no Brasil**: comentários à Lei 9.474/97. São Paulo: Quartier Latin: Acnur, 2017. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2018/Refugio_no_Brasil.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.
- MARIANO, A.; MAGNABOSCO, G. T.; ORFÃO, N. H. Perfil epidemiológico da coinfeção TB/HIV em um município prioritário da Amazônia ocidental. **JMPHC – Journal of Management & Primary Health Care**, v. 13, e08, p. 1-22, 2021.
- MAURERA, D.; BASTIDAS, G. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con tuberculosis en el estado Carabobo, Venezuela. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideo, v. 35, n. 2, p. 102-112, 2019.
- MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MONDARDO, M.; STALIANO, P. Saúde na fronteira brasileira: políticas públicas e acesso a serviços. **Espaço Aberto**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 99-116, 2020.
- NELLUMS, L. B. *et al.* Multidrug-resistant tuberculosis treatment adherence in migrants: a systematic review and meta-analysis. **BMC Medicine**, v. 16, n. 27, p. 1-11, 2018.
- OLIVEIRA, A. T. R. de. A migração venezuelana no Brasil: crise humanitária, desinformação e os aspectos normativos. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 13, n. 1, p. 219-244, 2019.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde dos migrantes**. 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. 55º Conselho Diretor. Washington, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-11-p.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2023.
- PAGE, K. R. *et al.* Venezuela's public health crisis: a regional emergency. **The Lancet**, v. 393, n. 10177, p. 1254-1260, 2019.
- PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013.
- RM RP 2022 Brasil. **R4V – Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela**. [2022]. Disponível em: <https://www.r4v.info/pt/document/rmrp-2022-brazil-two-pager>. Acesso em: 7 jun. 2022.

- RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. **ASIS – Análise de Situação de Saúde**: Roraima: dados demográficos, socioeconômicos e ambientais, 2000-2022. Boa Vista, 2024. Disponível em: https://vigilancia.saude.rr.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/informacao_cds_estadoderoraima_2024_0001.pdf. Acesso em: 7 fev. 2024.
- RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. **Plano estadual de saúde 2016-2019**. Disponível em: https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/RR_PLANO_DE_SAÚDE_2016_2019_FINAL.pdf. Acesso em: 12 fev. 2025.
- RUEDIGER, M. A. *et al.* **Desafio migratório em Roraima**. Policy paper: imigração e desenvolvimento. Rio de Janeiro: FGV DAPP, 2018. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br:80/dspace/handle/10438/24197>. Acesso em: 19 jan. 2023.
- SANTOS, A. C. E. dos *et al.* Análise e comparação dos desfechos do tratamento de tuberculose na população em situação de rua e na população geral do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 2, e20200178, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fvmnxhGh3Jb7CP9bBwWqZRw/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2022.
- SANTOS JÚNIOR, C. J. dos; ROCHA, T. J. M.; SOARES, V. de L. Aspectos clínicos e epidemiológicos da tuberculose em pacientes com HIV/aids. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 52, n. 3, p. 231-238, 2019.
- SILVA, D. R. *et al.* Consenso sobre o diagnóstico da tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 2, e20210054, p. 1-13, 2021. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepneumologia.com.br/pdf/2021_47_2_3520_portugues.pdf. Acesso em: 13 jun. 2022.
- SILVA, G. J. *et al.* **Refúgio em números**. 6. ed. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/Comitê Nacional para os Refugiados. Brasília: OBMigra, 2021.
- SILVA, T. O. *et al.* População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, p. e2020566,

- p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/PSxSGxP74bq473khC96GZmb/>. Acesso em: 12 fev. 2025.
- SIMÕES, G. da F.; SILVA, L. C. da; OLIVEIRA, A. T. R. de. Perfil sociodemográfico e laboral dos venezuelanos em Boa Vista. *In*: SIMÕES, G. da F. (org.). **Perfil sociodemográfico e laboral da imigração venezuelana no Brasil**. Curitiba: Editora CRV, 2017. p. 21-48. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/publicacoes-obmigra/Perfil_Sociodemografico_e_laboral_venezuelanos_Brasil.pdf. Acesso em: 2 jun. 2022.
- SOARES, D.; ARCÊNCIO, R. A.; FRONTEIRA, I. Inequities between migrants and non-migrants with TB: surveillance evidence from the Brazilian border state of Roraima. **One Health**, v. 16, 100473, p. 1-7, 2023.
- TAVARES, A. M. *et al.* HIV and tuberculosis co-infection among migrants in Europe: a systematic review on the prevalence, incidence and mortality. **PLoS One**, v. 12, n. 9, e0185526, p. 1-16, 2017.
- TAVARES, A. M. *et al.* Tuberculosis care for migrant patients in Portugal: a mixed methods study with primary healthcare providers. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 1-11, 2019.
- TUITE, A. R. *et al.* Infectious disease implications of large-scale migration of Venezuelan nationals. **Journal of Travel Medicine**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2018.
- WORLD BANK GROUP. **Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)**. Washington, c2025. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD>. Acesso em: 24 mar. 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2019**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/global-tuberculosis-report-2019>. Acesso em: 12 fev. 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2024**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.aidsdatahub.org/resource/global-tuberculosis-report-2024>. Acesso em: 10 abr. 2025.

Rotas migratórias da população venezuelana no Brasil: do território ao acesso de saúde

Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim · Helaine Jacinta Salvador Mocelin ·
Paula de Souza Silva Freitas

Residir em outro país nem sempre é uma condição aprazível, sonhada e planejada. As pessoas que se encontram em situação de migração certamente buscam oportunidades para (sobre)viver com melhores perspectivas. A privação de direitos básicos e a precariedade socioeconômica no país de origem, bem como as adversidades encontradas ao chegar ao Brasil, tais como o idioma diferente, a falta de moradia, os vínculos familiares interrompidos, a escassez de trabalho, a dificuldade no acesso a saúde, estudo e lazer, refletem algumas das privações que a população venezuelana experiencia.

O agravamento da crise econômica e social na Venezuela é fator preponderante para que, atualmente, um dos maiores fluxos migratórios do planeta ocorra, com saída exponencial do povo venezuelano em busca de segurança e subsistência. A Plataforma de Coordenação Interagencial para Refugiados e Migrantes da Venezuela nas Nações Unidas aponta que mais de 6,5 milhões de migrantes e refugiados

da Venezuela estão em países da América Latina e Caribe (R4V, 2024). Sem contar os muitos migrantes que vêm para o Brasil e não se registram oficialmente nas fronteiras, o governo federal brasileiro apontou a entrada de 568 mil venezuelanos entre 2015 e 2024 (Unicef Brasil, c2025).

A fronteira entre Venezuela e Brasil tem aproximadamente 2.199 quilômetros de extensão e se estende por áreas de floresta e reservas biológicas e indígenas. Ambos os países são signatários de um tratado de não edificação na área divisória até a distância de trinta metros dentro de cada nação, acarretando a ausência de interação direta entre as populações fronteiriças dos dois países. Porém, na região das cidades de Santa Elena de Uairén, no estado venezuelano de Bolívar, e Pacaraima, no estado brasileiro de Roraima, essa falta de inter-relação é rompida. Exclusivamente entre essas cidades, há uma rodovia que liga os dois países, sendo o corredor primordial de circulação de pessoas entre um território e o outro (González Petot, 2018; Jarochinski-Silva; Baeninger, 2021).

Na esperança de uma vida melhor no Brasil, adultos, gestantes, adolescentes e crianças venezuelanas refugiadas de uma nação em crise viajam 230 quilômetros de Santa Elena de Uairén até Boa Vista, capital de Roraima, percorrendo a Rodovia BR-174 a partir de Pacaraima. Os raros migrantes com grandes recursos financeiros chegam a Boa Vista de táxi e dirigem-se aos grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro; muitas vezes, na sequência, partem para países falantes de seu idioma nativo, o espanhol, como Argentina, Chile e Colômbia.

Aqueles com recursos mais limitados fazem a viagem de ônibus ou *van*. E os desprovidos de pecúlios financeiros enfrentam a rodovia a pé, em meio ao clima do cerrado, onde a temperatura pode superar os quarenta graus Celsius. Durante o percurso, contam com a solidariedade de quem encontram pelo caminho para beber água e alimentar-se. Para muitos, a viagem não termina em Boa Vista. É comum que a rota dos venezuelanos pela Região Norte prossiga até Manaus, capital do Amazonas, aonde chegam via ônibus, barco ou a pé, caminhando, segundo relatos, os oitocentos quilômetros de distância pela BR-174, que também liga Boa Vista a Manaus.

Ao chegarem ao Brasil, uma das principais adversidades vivenciadas pelos venezuelanos é a falta de moradia. Muitos ficam em situação de rua, sob os viadutos das cidades, ou em abrigos sociais. Os abrigos, frequentemente, não têm espaço suficiente nem condições para acolher de forma adequada todas as pessoas que

chegam. A aglomeração favorece a transmissão de tuberculose e de outras doenças infectorrespiratórias. Outro grande desafio é a comunicação, por causa da barreira linguística, sobretudo para os venezuelanos indígenas. A maioria dos migrantes venezuelanos que chegam ao Brasil tem como língua nativa o Warao e não entendem o português nem o espanhol.

A fim de investigar a percepção desses migrantes venezuelanos quanto ao cenário descrito, realizaram-se entrevistas com eles que versaram sobre como viviam na Venezuela, os motivos da vinda para o Brasil, os modos de vida e as condições de acesso à saúde. Essas entrevistas, de roteiro semiestruturado, foram feitas com trinta indígenas Warao migrantes no Brasil, residentes em abrigos nas cidades de São Paulo, Curitiba, Manaus e Boa Vista. Para o recrutamento dos entrevistados, utilizou-se a estratégia de convite e entrega de cartilha educativa por profissionais envolvidos com o processo de migração. A definição da amostra deu-se pelo método denominado saturação dos dados. Neste método, a coleta de dados cessa quando a teorização é alcançada e não são mais apreendidos elementos novos no campo de observação, ou considera-se a saturação empírica quando o pesquisador estabelece quais dados são necessários e suficientes para responder ao objetivo da pesquisa (Fontanella *et al.*, 2008).

O critério de inclusão dos migrantes que participaram da entrevista foi a aceitação de realizar os procedimentos do estudo, independentemente da condição legal. Foram excluídos todos os migrantes que não se adequaram a essa descrição, assim como os participantes cujas condições de saúde impossibilitaram a entrevista ou que não tiveram contatos telefônicos ou endereços encontrados. Crianças e adolescentes menores de 18 anos não acompanhados por seu cuidador e indivíduos pertencentes ao mesmo núcleo familiar de uma pessoa já selecionada para o estudo também foram excluídos.

A coleta de dados abrangeu o período de setembro a outubro de 2020. Os encontros ocorreram nos abrigos, em salas separadas, visando a proteção da privacidade e da confidencialidade. Como a coleta ocorreu durante a pandemia de covid-19, medidas de proteção foram adotadas, como o uso de equipamentos de proteção individual, realização de testagem de covid-19 pela equipe do projeto, disponibilização de máscara e álcool em gel para os entrevistados, bem como foi mantido o distanciamento seguro entre o entrevistado, entrevistador e tradutor. Todos os entrevistados

participaram voluntariamente do estudo, concordando e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Dessa maneira, foi possível a constituição de conteúdo que contribuiu para a identificação dos temas mais relevantes para a população venezuelana refugiada no Brasil, a saber: 1) dificuldades vivenciadas na Venezuela, pela crise política e econômica — motivos que potencializam a busca por qualidade de vida no Brasil; 2) acesso à saúde nos dois países; 3) infraestrutura e vivência no abrigo; e 4) desejo dividido entre a permanência no Brasil (trabalhar e sustentar a família) e a vontade de retornar ao seu país de origem.

Partindo em busca de dias melhores

Os indígenas da etnia Warao entrevistados eram provenientes de comunidades diferentes, como Araguabise, Kuberuna, Los Caños, Yakariyene e Yakerawitu, ou de outras partes do país, como Puerto Ordaz e Tucupita. Eles viviam em comunidades ribeirinhas e utilizavam canoas ou rabetas para se locomover. Como modo de subsistência familiar, destacava-se a prática da pesca e do plantio (banana, *ocumo*, inhame). A narrativa sobre a vida em comum ressaltou as festividades realizadas em locais turísticos, marcadas por momentos de grande alegria e com a presença de moradores de outras comunidades.

A maioria dos entrevistados eram casados e com mais de dois filhos, pertencendo a composições familiares numerosas. Tinham por costume viver juntamente com os pais, irmãos e irmãs, com genros, cunhados, tios e sogra. Residiam em casas de madeira ou palafitas, algumas das quais eram formadas por um único cômodo amplo, sem quaisquer divisões; outras contavam com separações entre quartos e cozinhas. Os telhados eram de palha ou de telha de zinco (telha galvanizada).

Foram raras as descrições de habitações de alvenaria, chamadas de vivendas. Apontou-se que essas moradias eram adquiridas por intermédio de programa social financiado e subsidiado pelo governo venezuelano. Não houve muitos relatos sobre a presença e a disposição dos móveis ou de eletrodomésticos; apenas um entrevistado descreveu que sua casa era mobiliada com muito conforto.

Todos os entrevistados trabalhavam na Venezuela e exerciam ofícios variados, como motorista de ambulância aquática, professor/diretor de escola, vendedor de frutas e verduras, funcionário da prefeitura, policial, agente de limpeza urbana, trabalhador de supermercado e trabalhador doméstico. Embora tenham relatado o recebimento regular de salário, não ficaram explícitas as condições de trabalho, se havia estabilidade ou benefícios. As dificuldades financeiras e os problemas de saúde na família foram apontados como os principais motivos para a interrupção dos estudos daqueles que buscavam qualificação profissional.

Anteriormente, a renda obtida por meio do trabalho era suficiente para o sustento familiar. Entretanto, com o advento da crise econômica, tornou-se cada vez mais difícil suprir as necessidades básicas, como alimentação, vestuário e medicamentos, a ponto de não ser mais possível adquiri-los. As comunidades se dividiram entre aquelas que recebiam e as que não recebiam atendimento médico. Mesmo nos locais onde havia serviços de saúde, estes foram aos poucos sendo extintos, o que contribuiu para o aumento do número de doenças, comorbidades e mortes.

Os entrevistados classificaram os serviços de saúde como de alta qualidade e gratuitos. Destacaram também a presença de médicos venezuelanos e cubanos, além do acesso a vacinas e medicamentos necessários para os tratamentos. Quando o atendimento médico não ocorria na comunidade ou surgiam casos de maior gravidade, os indígenas eram encaminhados às cidades para hospitais ou Centros de Diagnóstico Integral (CDIs) — equivalentes às Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras.

Os relatos apontaram que nos últimos tempos faltava estrutura de saúde dentro das comunidades, hospitais e clínicas. Os medicamentos não estavam disponíveis ou atingiram preços inacessíveis para a maioria da população. Como consequência, os indígenas venezuelanos estavam morrendo sem que fosse possível identificar as causas das mortes.

Além da medicina convencional, foram mencionadas práticas da medicina tradicional indígena e de medicina “caseira” trazida à comunidade por líderes religiosos. Esses conhecimentos são transmitidos de geração em geração. Tais métodos alternativos contam com a utilização de plantas e ervas para tratar problemas de saúde considerados pequenos, como dor de cabeça, diarreia, varicela, vômito e febre.

Em relação a estrutura e suporte social, foram citados alguns benefícios de transferências de renda, entrega de recursos para alimentação, por meio do chamado

Cartão da Pátria, criado durante o governo do falecido presidente Hugo Chávez, recebimento de uma canoa e de um motor de rabeta e aquisição de vivendas (casas feitas de alvenaria).

O principal motivo listado para a migração dos indígenas Warao para o Brasil coincide entre os entrevistados: a crise econômica na Venezuela, que desempenhou um papel importante na decisão de sair do país, devido à escassez de alimentos, vestimentas, assistência à saúde, medicamentos, segurança e emprego. Além disso, foram citadas a falta de perspectiva de melhora econômica na Venezuela, a inflação que os impedia de suprir suas necessidades básicas com a renda do trabalho e as consequentes mortes de adultos e crianças por inanição ou doenças.

A esperança por dias melhores estava nas informações recebidas de que o Brasil é um país acolhedor, onde seriam recebidos de modo digno, humanitário e teriam tudo o que faltava na Venezuela. Muitos deles mencionaram familiares que já haviam migrado para o Brasil e que os incentivaram a atravessar a fronteira.

A rota que tomaram na Venezuela e as dificuldades encontradas pelo caminho foram semelhantes entre todos os entrevistados. Eles saíram de suas comunidades e cidades, passaram por San Félix e chegaram a Santa Elena, cidade fronteiriça com o Brasil. O traslado foi feito de ônibus, táxi ou a pé. De modo geral, a viagem foi árdua, tanto física quanto emocionalmente. Devido à falta de recursos para comprar passagens para todos os membros da família, crianças viajaram no colo dos pais. Os migrantes ainda enfrentaram dificuldades para realizar a higiene pessoal e obter água e alimentos durante o trajeto.

A chegada, a caminhada e o processo de migração

A “vida no Brasil” foi descrita como um processo que envolve diversos fatores, desde a chegada dos migrantes e refugiados a diversas cidades e abrigos até as condições das moradias, a forma de obtenção de renda, quer pelo trabalho, quer pela mendicância, a situação documental, a saúde e o acesso a serviços de saúde, os suportes e benefícios sociais e as relações sociais.

Os caminhos feitos pelos indígenas foram bem semelhantes, iniciando-se na cidade brasileira de Pacaraima, fronteira do Brasil com a Venezuela. Alguns

permaneceram na cidade, morando nas ruas ou na praça abandonada próxima do terminal rodoviário. Era comum para os indígenas que não conseguiam entrar no abrigo ficarem juntos no terminal ou em seu entorno. Outros conseguiram ir para o Abrigo Janokoida. Contudo, para entrar nos abrigos, era preciso haver vaga disponível ou contar com algum familiar que já residisse no local.

Depois de Pacaraima, a cidade para a qual os Warao mais se dirigiam era Boa Vista, onde encontraram acolhida no Abrigo Pintolândia. Esse trajeto era realizado a pé, de táxi/carona ou de ônibus. Os que tiveram a oportunidade de se locomover de ônibus dentro do Brasil contaram com a ajuda de familiares que já residiam nas cidades de destino para custear as passagens. Após Boa Vista, o destino preferencial era Manaus, mais precisamente o Abrigo Alfredo Nascimento. As cidades de Rorainópolis (RR), Presidente Figueiredo (AM), Porto Velho (RO) também foram indicadas como locais de estadia, além de menções pontuais aos abrigos Coroado e Tarumã-Açú, ambos em Manaus.

Manaus foi citada como uma cidade muito generosa e solidária, onde era mais fácil adquirir alimentos e dinheiro com mendicância. Como a maioria dos entrevistados veio ao Brasil com um cônjuge, a mudança de cidade era comumente realizada em conjunto. Entretanto, em algumas situações, a esposa seguia para a cidade de destino antecipadamente, conseguia algum dinheiro e enviava para o esposo. No caso de haver filhos, ela também providenciava recursos para que pudessem segui-la. Em um caso, o migrante relatou que, devido à morte de um sobrinho, retornou à Venezuela com a maioria dos filhos, enquanto a esposa seguiu com apenas uma criança para Manaus. Para muitos, o destino foi Alfredo Nascimento; entretanto, com a pandemia do coronavírus, alguns tiveram que ser realocados ou “desaglomerados” nos chamados abrigos de isolamento. Os migrantes eram separados em blocos e enviados para locais provisórios na tentativa de mitigar a transmissão viral. Tais abrigos de desaglomeração foram organizados no Ginásio Santa Etelvina, no Abrigo do Zezão e na Quadra Lindemberg.

Em relação à renda e ao emprego dos migrantes refugiados, eles relataram dificuldades para conseguir trabalhos formais ou informais. Os empregos dos homens foram, sobretudo, braçais, como carga e descarga de mercadorias de carretas em Pacaraima, ajudante de pedreiro, trabalho temporário em empacotadora

de farinha, trabalho em fazenda e “bicos”. Devido à falta de oportunidades, a principal fonte de renda entre as mulheres foi a prática da mendicância, que podia ou não incluir as crianças.

Houve momentos em que as mulheres confeccionaram artesanatos — colares, redes ou materiais feitos com fibra de buriti —; porém, o que recebiam com a venda dos produtos não era suficiente para garantir o sustento familiar. Em um caso específico, uma Warao trabalhou durante uma semana no horário das 8h às 16h, limpando mesas e lavando louças em um restaurante de Boa Vista, e recebeu apenas quinze reais por dia.

Várias vezes nas entrevistas, os indígenas expressaram o desejo de conseguir empregos formais e a insatisfação pela necessidade da prática da mendicância para sobreviver. Eles se reconhecem como povo trabalhador e gostariam de conquistar trabalhos que lhes permitissem fazer frente às necessidades da família, sair do abrigo para uma moradia de aluguel ou própria, ter recursos para comprar alimentos, roupas e medicamentos.

Quanto à situação documental dos migrantes, os principais documentos mencionados são o protocolo de refúgio e o CPF. Alguns fizeram a carteira de trabalho e documentos referentes à saúde, como cartão de vacina e o cartão do SUS. Geralmente, esses documentos são obtidos enquanto estão nos abrigos, com auxílio dos funcionários que lá trabalham ou do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (Acnur).

Normalmente, não houve complicações ou dificuldades para a emissão dos documentos, com exceção de um indígena que, ao solicitar o protocolo de refúgio, recebeu documentos com a filiação errada, porque o número de sua identidade venezuelana já havia sido utilizado.

Com relação às moradias, os indígenas apontaram os abrigos como o principal local de permanência, porém, como nem sempre conseguiam vagas, alguns foram viver nas ruas durante um período antes de ingressar nos refúgios. Morar na rua era muito difícil, principalmente para as famílias que tinham crianças. A rotina incluía desmontar e montar barracas, e, quando chovia, todos os pertences ficavam molhados e sem condições de uso. Dentro dos centros de acolhida, as percepções variavam tanto de migrante para migrante quanto de abrigo para abrigo.

O Abrigo Janokoida, em Pacaraima, foi descrito como um local novo, amplo e que ofertava alimentos para serem preparados pelos próprios refugiados, o que lhes possibilitava cozinhar conforme seu gosto e cultura. A estrutura do Abrigo Pintolândia, em Boa Vista, não foi detalhada, porém mencionaram-se a higiene precária e a necessidade de trabalhar na limpeza e na capinagem do local. Uma indígena narrou que foi expulsa desse abrigo juntamente com seu esposo por não conseguirem se comunicar em português. O Abrigo Coroadó foi citado com saudade por ser um lugar que propiciava a união dos venezuelanos, pois os trabalhadores do local eram respeitosos e valorizavam os Warao.

O Abrigo Alfredo Nascimento, em Manaus, foi aquele cujas rotinas, potencialidades e fragilidades foram mais detalhadas. O local é formado por apartamentos de três cômodos, divididos entre os refugiados. Geralmente, os indígenas entram nesse abrigo com ajuda de algum familiar que já reside no local, assim dividem o apartamento com membros da própria família. Não há consenso a respeito da estrutura do abrigo, mas todos pedem melhorias no local. Alguns entrevistados declararam número excessivo de pessoas em um mesmo apartamento, a ocorrência de muitas brigas, o uso abusivo de álcool pelos moradores e a falta de água. De maneira pontual, relataram que no abrigo faz muito calor durante o dia e que, à noite, há muitos “carapanãs” (mosquitos).

De modo geral, os abrigos padeciam de atividades de lazer tanto para os adultos quanto para as crianças, tornando a permanência monótona e, por vezes, ociosa, o que favorecia o uso abusivo de bebida alcoólica e outras drogas. Existia ainda a preocupação em relação à segurança, pois nem todos os abrigos são cercados por muros. Considerando a alimentação, é consenso entre os Warao o desejo de substituir o recebimento diário de marmitas prontas no almoço e no jantar por alimentos crus. Dessa forma, eles teriam autonomia para cozinhar a própria comida ao seu modo, de acordo com seus hábitos alimentares e com os temperos aos quais estão acostumados.

Os (des)encontros com a saúde

As condições de saúde dos venezuelanos são diversas; contudo, durante o trajeto ou ao chegar ao Brasil, todos adoeceram ou tiveram alguém de sua família doente.

Os sinais e sintomas mais citados nas entrevistas foram febre, gripe, diarreia, disenteria e vômito. Três doenças adquiridas nos próprios abrigos foram citadas: tuberculose, caxumba e catapora. Os casos receberam atendimento e tratamento adequados.

Outra condição bastante presente foi a gravidez. A partir das opiniões colocadas pelos Warao em relação ao atendimento de saúde brasileiro, é possível perceber que, no geral, eles receberam o acompanhamento necessário, o atendimento foi satisfatório e o tratamento, na maioria das vezes, foi realizado exclusivamente via SUS. Eventualmente, medicamentos, como fenobarbital, não eram encontrados nas farmácias das UBS e precisavam ser comprados pelas próprias famílias. Os indígenas relataram receber atendimento inicial dentro do abrigo ou serem encaminhados para as Unidades Básicas de Saúde. Esses encaminhamentos consistiam em agendamentos de consultas ou exames, cujos dias e horários eram comunicados posteriormente aos refugiados.

O deslocamento até as consultas era realizado de formas variadas: a pé, quando a distância entre o abrigo e a unidade de saúde era pequena; carona de vizinhos que possuíam carro; transporte da prefeitura ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). Uma das reclamações foi direcionada justamente ao Samu, com relatos de negligência na prestação do atendimento, numa ocasião em que ligaram para a ambulância, mas ela não foi ou chegou muito tarde, e uma mulher grávida teve seu filho dentro do abrigo. Apesar desse fato pontual envolvendo um parto, eles relataram ter acesso garantido a um acompanhamento de qualidade do pré-natal.

É importante destacar a dificuldade de comunicação entre os indígenas e os profissionais da saúde; a diferença de idiomas se mostrou como um dos principais obstáculos no acesso à saúde. A comunicação ineficaz favoreceu diagnósticos inadequados e tardios, pois há incompreensão das orientações prestadas, desconhecimento dos procedimentos, dos exames e das medicações. Essa realidade gera sentimento de frustração e insegurança, tanto nos profissionais de saúde quanto nos Warao, em relação à atenção à saúde prestada.

Apesar disso, os refugiados reconheceram e elogiaram as ações de promoção e prevenção prestadas por equipes de saúde, que realizaram visitas sistemáticas em seus apartamentos com o intento de identificar possíveis adoecimentos, realizar diagnósticos precoces e rastrear agravos à saúde, ofertando cuidado integral e humanizado *in loco*. Quando necessário, eram realizados encaminhamentos às UBS e/ou hospitais.

Como suporte social, compreenderam-se tanto os benefícios sociais dados pelo governo federal brasileiro quanto a presença de instituições ou pessoas que os auxiliaram durante a vida no Brasil. Os benefícios mais citados foram o Bolsa Família e o Auxílio Emergencial oferecido durante a pandemia.

As instituições mencionadas por prestar auxílio ao povo Warao foram a fraternidade de padres e freiras, o Instituto Adra, o Instituto Mana, o projeto Súper Panas, o Acnur e a Secretaria Municipal da Mulher, Assistência Social e Cidadania (Semasc), de Manaus. A fraternidade dos padres e freiras se destaca pela assistência no acesso aos abrigos e pela participação na criação de alguns deles, como o Janokoida e o Coroado. Além disso, contribuem fornecendo alguns artigos, como redes, lençóis, toalhas e alimentos. Os institutos doam materiais de higiene, como fraldas, creme dental, sabonetes, absorventes, água sanitária, sabão em pó, desinfetante, e realizam rodas de conversa para discutir as questões de gênero e a violência contra a mulher. O Súper Panas é um projeto socioeducativo que tem como finalidade apoio educacional para crianças, ensinando práticas de escrita, leitura e desenho.

O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (Acnur) e seus funcionários auxiliam na questão da documentação, orientando e encaminhando os indígenas para sua regularização no país. A Semasc é responsável por administrar os abrigos. Dentro do abrigo, as relações sociais eram diversas, com a presença de amizades e desavenças; os vínculos familiares se fortaleciam nas conversas e partilhas de histórias do passado, que relembram a Venezuela “de antigamente”. Os eventuais conflitos geralmente eram ocasionados após o uso abusivo de álcool ou outras drogas.

Quanto à perspectiva de futuro, os relatos se dividiram entre os que queriam voltar para a Venezuela e aqueles que não pretendiam mais retornar. Os motivos destes últimos eram a situação de fome e miséria que ainda perdura e o governo do presidente Nicolás Maduro, visto como o principal causador da crise. Ainda fizeram referência ao envio de alimentos crus ou parte do dinheiro que recebiam de auxílio ou de trabalho sempre que podiam para seus familiares que permaneceram na Venezuela. Os indígenas mantinham contato com suas famílias na Venezuela e recebiam informações de que adultos e crianças continuavam morrendo de fome e por falta de acesso à saúde.

Assim, considerando a relevância do cuidado continuado e integral aos refugiados, especialmente os Warao, é necessário adotar práticas singulares que considerem

suas especificidades. Isso implica assegurar equipes de saúde devidamente capacitadas para atender às suas necessidades de saúde e capazes de realizar comunicação efetiva.

Considerações finais

É possível inferir que a vida nas comunidades Warao era comum, simples, com grandes famílias cujos membros viviam juntos. No entanto, a crise socioeconômica que assolou a Venezuela tornou insustentável a permanência no país, fragilizando o sistema e o acesso à saúde, provocando a escassez de alimentos, vestuários e medicamentos, o que resultou em mortes por fome e doenças. Na esperança de dias melhores, os indígenas Warao e suas famílias viram no Brasil a oportunidade de sobrevivência.

As rotas que percorreram para entrada no país e a mobilidade em solo brasileiro foram semelhantes, iniciando-se em Pacaraima, passando por Boa Vista e terminando em Manaus. A principal moradia dos migrantes eram os abrigos; porém, alguns encontraram nas ruas o único lugar de “acolhimento” quando faltavam vagas nesses refúgios. As experiências dentro dos abrigos foram diversas, desde aquelas satisfatórias até as que geraram grandes reclamações. Não foram relatadas dificuldades para a emissão de documentos; a maioria possui protocolo de refúgio e CPF. Os auxílios mais frequentes eram o Bolsa Família e o Auxílio Emergencial durante a pandemia. Além disso, também recebiam ajuda de instituições que levavam doações de produtos de uso pessoal, promoviam palestras e realizavam rodas de conversa.

Havia consenso sobre o desejo de substituir as marmitas pelo recebimento de alimentos crus, o que lhes daria a autonomia para cozinhar as próprias refeições, segundo seus costumes alimentares. A saúde foi bem avaliada, existindo, gratuitamente, ações de vacinação, visitas domiciliares, tratamento de doenças e acompanhamento adequado do pré-natal, na maioria das vezes. O idioma foi apontado como a principal barreira para o acesso à saúde.

Os relatos foram bem divididos entre o retorno à Venezuela e a permanência no Brasil, pois a condição de retorno estava associada à troca de governo e ao término da crise na Venezuela. Havia os que pretendiam permanecer, pois tinham no Brasil uma perspectiva de vida melhor para eles e seus filhos, com oportunidade de emprego, educação e saúde de qualidade.

Considerando o exposto, identificou-se neste estudo a necessidade de atuação de equipes de saúde específicas dentro dos abrigos, de capacitação dos profissionais para comunicação efetiva, de disponibilização de aulas de português aos refugiados, de inserção desses migrantes no mercado de trabalho, de acesso a atividades de lazer e de fornecimento de alimentos crus. É indispensável a interlocução entre o serviço social, as instituições e os serviços de saúde, com vistas a potencializar as ações de cuidado integral. Cabe salientar que a produção científica voltada à população indígena Warao ainda é frágil, sendo necessários estudos e a aplicação de novos métodos de pesquisa que abordem essa temática, promovam visibilidade e ouçam as vozes dos que se encontram em situação de migração, em busca de proposituras de políticas públicas que atendam suas reais demandas.

Referências

- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2022.
- GONZÁLEZ PETOT, D. L. A. **Fronteira de rumo incerto**: situação das políticas fronteiriças Brasil Venezuela e o caso do “acordo *non-aedificandi*” entre Pacaraima e Santa Elena de Uairén. 2018. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Fronteiras) – Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2018.
- JAROCHINSKI-SILVA, J. C.; BAENINGER, R. O êxodo venezuelano como fenômeno da migração Sul-Sul. **REMHU**: revista interdisciplinar da mobilidade humana, v. 29, n. 63, p. 123-139, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/remhu/a/5CJ6rWdFCgGWKzdYqLdQLhx/>. Acesso em: 28 dez. 2022.
- R4V (Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela). **Personas refugiadas y migrantes venezolanas**. Mayo 2024. Disponível em: <https://www.r4v.info/es/document/r4v-america-latina-y-el-caribe-refugiados-y-migrantes-venezolanos-en-la-region-may-2024>. Acesso em: 12 fev. 2025.

UNHCR (The UN Refugee Agency). **Venezuela situation**. c2001-2025.

Disponível em: <https://www.unhcr.org/emergencies/venezuela-situation>.

Acesso em: 13 jan. 2025.

UNICEF BRASIL. **Fluxo migratório venezuelano no Brasil**. c2025. Disponível

em: <https://www.unicef.org/brazil/crise-migratoria-venezuelana-no-brasil>.

Acesso em: 13 jan. 2025.

Translação de conhecimento: desafios para a assistência à saúde de mulheres migrantes venezuelanas com ISTs no Brasil

Adriana Ilha da Silva · Mariana Pereira da Silva Araújo · Priscila Carminati Siqueira · Letícia dos Santos Almeida Negri · Heleticia Scabelo Galavote · Carolina Maia Martins Sales · Ethel Leonor Noia Maciel

A intensificação do fluxo migratório no mundo não é um fenômeno recente, mas está se potencializado nos dias atuais. “Migrante” é definido, de forma abrangente, como “uma pessoa que se muda de seu local de residência habitual, seja dentro de um país ou através de uma fronteira internacional, temporária ou permanentemente” (Organização Internacional para as Migrações, 2022).

Os fluxos de migrantes acontecem por diversas razões. O registro em massa geralmente está associado a diversas situações de vulnerabilidade no local de origem, por exemplo, questões sociais, naturais, bélicas ou outras crises que intensificam um movimento de deslocamento das populações entre os territórios. A tendência de movimento do fluxo migratório no Brasil é direcionada principalmente para as regiões Sul e Sudeste, áreas com maior empregabilidade (Cavalcanti; Oliveira; Araujo, 2016).

Houve um pico de migração no país no ano de 2014, representado pela entrada de 122 mil imigrantes regulares. Já em 2016, aproximadamente 94 mil pessoas imigraram para o Brasil de forma regular (Oliveira, 2017). A imigração mais recente provém da entrada de venezuelanos pela fronteira do estado de Roraima, situação intensificada no início de 2017 e que permanece nos dias atuais (UNHCR, 2017).

Em 2018, a Organização das Nações Unidas (ONU) já previa que, se a atual crise persistisse na Venezuela, a estimativa era de que o número total de venezuelanos vivendo fora do país de origem chegasse a 5,3 milhões (Nações Unidas, c2022). Hoje 7,7 milhões de venezuelanos são migrantes e refugiados no mundo, e o Brasil se encontra entre os principais destinos dessas pessoas (Personas [...], 2024).

No período de janeiro de 2017 a abril de 2020, o Brasil recebeu um total de 700 mil pessoas provenientes da Venezuela, entre homens (53 %) e mulheres (47 %). O país realizou o acolhimento de 200 mil delas em residências temporárias ou permanentes, emitiu documentos, como o Cadastro de Pessoa Física (CPF), para cerca de 400 mil e reconheceu sua condição de refugiados (ONU, 2022).

Devido às situações de vulnerabilidade em que os migrantes se encontram, relacionadas ao país de origem, ao fluxo migratório, às condições de chegada em territórios diferentes, às dificuldades linguísticas, financeiras, sociais e de socialização, entre tantas outras barreiras, há uma crescente preocupação com as condições de saúde dessa população no país. O art. 5º da Constituição Federal define 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 [...]” (Brasil, 2024). Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo fazer a translação do conhecimento produzido para a prática e os serviços de assistência à saúde que atendam mulheres venezuelanas com infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa translação se baseia em dados de outros estudos realizados como sub-projetos do projeto “Estratégias para enfrentamento do HIV e sífilis nas mulheres venezuelanas em situação de migração no Brasil”, em que se buscou compreender a percepção tanto dos gestores quanto das venezuelanas sobre as principais ações adotadas e os desafios encontrados no que tange ao diagnóstico, tratamento, condições de atendimento nos serviços de saúde. Os estudos anteriores também investigaram as repercussões do enfrentamento do HIV e/ou da sífilis na vida dessas mulheres.

Neste caso, realizou-se um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, que teve como objetivo analisar as barreiras enfrentadas pelas migrantes venezuelanas em situação de rua e em condição de abrigo, em Manaus (AM) e Belém (PA), para o acesso aos serviços de saúde, diagnóstico e tratamento do HIV. Utilizando o modelo teórico-conceitual da translação do conhecimento (TC) no ciclo de pesquisa, o estudo apresenta resultados que subsidiam gestores nas mudanças das políticas e processos decisórios com foco nessa IST.

A TC é uma abordagem que auxilia o processo de tomada de decisão, buscando transformar a prática das políticas públicas em saúde. Envolve o conhecimento científico como alicerce das mudanças das ações, com a participação de vários atores que têm uma visão plural, inseridos em cenários com potencialidades e desafios (Bezerra *et al.*, 2019). A premissa fundamental é a interação entre os pesquisadores, os executores do conhecimento — neste caso, os gestores em saúde — e os usuários dos serviços, visando à produção de um conhecimento científico que tenha aplicabilidade nas práticas em saúde (Crossetti; Góes, 2017). Assim, este estudo propõe a intercomunicação do conhecimento por meio da abordagem dos gestores e das mulheres venezuelanas, a fim de identificar e propor intervenções para superar as barreiras encontradas no acesso aos serviços, no diagnóstico e no tratamento dos casos notificados de HIV.

Utiliza-se uma metodologia qualitativa, pois o foco é entender e analisar a dinâmica das relações sociais estabelecidas nas vivências diárias, especialmente dentro das instituições de saúde. Esse tipo de metodologia é importante na formação do conhecimento sobre saúde, uma vez que se aprofunda em dimensões que não podem ser limitadas por variáveis. Procura-se compreender, por meio dela, a realidade a partir dos sujeitos, considerando seu contexto social, guardando-se uma preocupação com processos, e não simplesmente com resultados. Assim, torna-se possível desvendar os significados relacionados às ações motivacionais, aspirações, crenças, valores, atitudes e relações humanas, por meio de um fragmento ou da realidade do olhar do pesquisador (Gil, 2008).

As pesquisas exploratórias são utilizadas especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado, o que dificulta a formulação de hipóteses precisas e operacionalizáveis, como é o caso dos estudos com as migrantes que se encontram no Brasil, país que não estabeleceu uma política para atenção à saúde dessa população e enfrenta um processo migratório importante (Lacerda, 2016). Este estudo

oferece, assim, contribuições significativas para a saúde coletiva, propondo melhorias e reformulações no combate do HIV entre mulheres migrantes em situação de rua ou abrigamento no Brasil.

A cidade de Manaus foi selecionada para o estudo tendo em vista que, a partir do primeiro bimestre de 2017, o município havia adotado um plano de atenção à saúde para as famílias indígenas venezuelanas da etnia Warao que migraram para a capital. O plano de Manaus teve a finalidade de apresentar ações e estratégias que orientassem a intervenção do Sistema Único de Saúde (SUS) no processo de enfrentamento dos agravos em saúde dos migrantes, com foco nas famílias em situação de rua ou abrigadas pela gestão pública municipal de Manaus (Amazonas, 2017).

Belém, por sua vez, só em 2024 formulou seu plano para atender os migrantes instalados no município (UNHCR, 2024). Porém, já no ano de 2019, o Acnur e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) acompanhavam a situação dos migrantes venezuelanos nessa capital e realizavam reuniões com equipes municipais e estaduais da Assistência Social, Saúde e Educação. Na ocasião, fizeram visitas aos espaços de acolhimento e oficinas focadas em abrigamento e proteção, com o objetivo de realizar um diagnóstico de campo e elaborar o plano de ação, por meio do fortalecimento e da articulação da rede local com a população envolvida (Unicef, 2019).

A técnica de coleta de dados para atingir o objetivo de identificar as redes de apoio, órgãos e instituições locais que desenvolviam ações voltadas para o grupo em estudo, foi a análise documental em plataformas de dados, portais de periódicos e nos *sites* oficiais dos órgãos nacionais e internacionais de saúde.

Para este estudo, o recrutamento dos gestores de saúde estaduais e municipais foi feito mediante a técnica denominada bola de neve, começando as abordagens pelo gestor de maior nível hierárquico, que indicou os outros. Em Manaus, foram recrutados aqueles que atuavam no plano de atenção à saúde das famílias indígenas venezuelanas da etnia Warao e, em Belém, aqueles que atuavam com mulheres venezuelanas indígenas e não indígenas.

Quanto ao recrutamento das mulheres venezuelanas, em Manaus e Belém, as instituições governamentais e não governamentais de apoio a migrantes ajudaram a estimar a população local de migrantes e seus principais locais de moradia e assistência à saúde. Em seguida, foram acionados os profissionais de saúde que poderiam indicar venezuelanas potencialmente elegíveis para posterior seleção aleatória,

ou seja, aquelas em situação de rua ou abrigo, com HIV, instaladas nos locais selecionados para o estudo. Foram excluídas do estudo as pessoas impossibilitadas pelas condições de saúde e aquelas que se recusaram a participar.

Entrevistas com roteiro semiestruturado foram feitas individualmente com o objetivo de analisar os discursos em relação às políticas de enfrentamento do HIV e às barreiras existentes para o acesso ao serviço de saúde, diagnóstico e tratamento da doença. A função do pesquisador, neste contexto, foi descobrir o que é significativo nas falas dos entrevistados para identificar suas preocupações, interpretações e visões sobre a realidade enfrentada.

As falas dos entrevistados foram esmiuçadas mediante análise de conteúdo, que é a expressão metodológica mais utilizada para tratar dados qualitativos, integrando a teoria e a prática no campo das investigações sociais. Esse tipo de análise está ligado à noção de tema, o qual pode ser graficamente apresentado por meio de uma palavra, uma frase, um resumo. “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (Bardin, 2009).

A partir dos resultados qualitativos, foi elaborada uma proposta de atenção à saúde sexual e reprodutiva para mulheres venezuelanas com HIV em situação de rua ou abrigo no Brasil. Essa proposta fundamentou-se na ciência da implementação, definida como o estudo de métodos e estratégias que se mostram eficazes na prática para promover a saúde da população, mediante o exame do que funciona, para quem e sob que circunstâncias e de como as intervenções podem ser adaptadas e ampliadas de maneiras acessíveis e equânimes (Peters; Tran; Adams, 2013).

O estudo foi realizado em conformidade com as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Essa resolução estabelece como imprescindível, para a participação, a informação dos sujeitos pesquisados em relação aos objetivos e fundamentos metodológicos do estudo, bem como a respeito da garantia do sigilo dos dados obtidos e da liberdade de escolha em participar ou não do estudo.

A barreira do idioma

A primeira dificuldade identificada refere-se à comunicação, em razão da distinção linguística, ou seja, do idioma. A mudança territorial implica o desafio de ser compreendido ou de aprender uma nova língua.

No nível de atenção básica do SUS, essa barreira impacta a atenção integral às pessoas infectadas pelo HIV, prejudicando o acolhimento como prática presente em todas as relações de cuidado. Os atos de acolhimento e escuta podem se dar de diversas formas entre os cuidadores e as pessoas atendidas pelo SUS. Acolher significa receber a pessoa assim que ela chega, responsabilizar-se por ela, ouvir suas queixas, permitir que expresse suas preocupações sobre a doença e deixá-la à vontade para entrar em contato com o serviço de saúde e a equipe multiprofissional sempre que necessário, facilitando o acesso a atendimento e tratamento (Brasil, 2017).

Acolher pessoas com HIV significa incluí-las nos serviços de saúde, levando em consideração suas expectativas e necessidades. A experiência de trabalho com pacientes acometidos por outras condições crônicas fornece às equipes de cuidados primários conhecimentos que podem ser aplicados também no atendimento a quem vive com HIV, uma vez que é comum essas pessoas serem atendidas nos serviços de Atenção Primária por outros motivos, não diretamente relacionados à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. No entanto, esses serviços também atendem às necessidades individuais e coletivas de pessoas infectadas pelo HIV em termos de atenção integrada, e respostas e soluções devem ser buscadas de forma compartilhada, com base na capacidade das equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASFs), ambulatorios de rua, Serviços de Atenção Especializada (SAEs) etc. Portanto, é evidente que a comunicação entre os profissionais e os usuários do sistema de saúde é primordial na acolhida, não só para os casos específicos das pessoas que vivem com HIV, mas também para toda a população migrante necessitada da atenção básica.

A linguagem desempenha um papel fundamental, especialmente na atenção psicossocial à saúde mental das mulheres migrantes. Registre-se que, com o isolamento social vigente na pandemia, a jornada de trabalho de mães e pais de crianças e adolescentes prolongava-se, pois eles ficaram sem a disponibilidade de redes de apoio e com mais responsabilidades devido à paralisação de creches e de escolas.

Tal situação afetou particularmente as mulheres, sobre as quais ainda recai a maior parte do trabalho doméstico e do cuidado com os filhos. Neste contexto, a situação delas foi agravada pelo aumento de agressões e conflitos familiares durante o isolamento social, relatado por várias organizações que monitoram a violência doméstica. Por fim, houve o enfraquecimento dos vínculos comunitários. Todos esses fatores demandam uma comunicação bem estabelecida entre os profissionais e as mulheres migrantes, mas a linguagem acabou sendo um obstáculo que agravou a vulnerabilidade desse grupo (Organização Internacional para as Migrações, 2021).

A língua é apenas um dos aspectos culturais com evidente impacto no registro migratório, mas não é o único. Além dela, outras questões também podem ter impacto relevante, como a mudança de práticas religiosas, do modo de organização comunitária e dos hábitos alimentares. Neste último caso, em razão do inerente quadro de vulnerabilidade da população migrante, o resultado pode ser o surgimento de condições de subnutrição ou insegurança alimentar, que agravam o quadro de saúde como um todo.

Documentação/registo

Outro aspecto relevante é a compatibilização entre o registro e a identificação das pessoas e a flexibilidade em razão da condição de migrante e da ausência de documentos importantes para o atendimento na saúde.

Por exemplo, para planejar e executar ações de controle e prevenção de doenças e agravos no Brasil, os órgãos responsáveis pela vigilância epidemiológica do SUS precisam de informações atualizadas sobre a ocorrência de casos novos de uma doença ou agravo passível de transmissão. Por isso, os profissionais e estabelecimentos de saúde precisam notificar (informar) esses casos. Existe a Lista Nacional de Notificação Compulsória, que apresenta as doenças, agravos e eventos que os profissionais de saúde e responsáveis pelos serviços públicos e privados são obrigados a notificar (Organização Internacional para as Migrações, 2021).

Além disso, o tratamento exige um acompanhamento específico dos pacientes, com contato entre a equipe de saúde e os usuários, o que pode ser dificultoso em

razão da condição de migrante, cuja residência e permanência são precárias e fragilizadas, e da burocracia existente na emissão de documentos.

Para o atendimento inicial na atenção básica de saúde, aparentemente, não é comum o registro de obstáculos documentais, na perspectiva dos gestores de saúde. Tampouco foram citadas pelos entrevistados negativas de atendimento às migrantes venezuelanas por falta de documentos. Quando comparecem para atendimento e não possuem o cartão do SUS, ele é confeccionado no momento do acolhimento na recepção, a fim de garantir seu acesso ao serviço de saúde (Jezus *et al.*, 2021).

Todavia, o cenário muda quando, para além da atenção básica inicial, há intersecção com situações de maior complexidade de controle, notificação e acompanhamento, como é o caso das pessoas com HIV. Nas entrevistas, alguns gestores apontaram certa dificuldade na realização de exames de CD4 e carga viral (citados por todos como exames indispensáveis para o início da terapia antirretroviral) sem a apresentação do CPF do paciente e relataram ter que recorrer ao laboratório para explicar se tratar de estrangeiro e solicitar o processamento do exame. Observa-se que tal situação pode afetar um número significativo de mulheres migrantes, pois a emissão de CPF alcançou só pouco mais da metade da população migrante ao longo dos últimos anos, além de depender de uma estrutura de atenção à população migrante que não é de atribuição do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2017; Jezus *et al.*, 2021).

Assim, situações que exijam a interação entre diversos serviços voltados à população migrante, não exclusivamente relativos à saúde, se mostram como potenciais obstáculos à saúde da mulher migrante, pois passa-se a depender de sucessivos processos de inclusão e atenção, programas diferentes, cuja estruturação precisa ser pensada para facilitar, e não para obstruir, a integração dessa população.

O mesmo cenário é identificado, por exemplo, na atenção à saúde mental das mulheres migrantes, que depende não apenas da atuação adequada dos profissionais de saúde, mas também, de forma conjunta, da interferência de setores psicossociais e de segurança, como nos casos de violência doméstica e familiar. Assim, embora a atenção à saúde possa ser prestada em tais casos, a resolução do problema decorre também de outras áreas. Por isso, há necessidade de iniciativas conjuntas dos programas voltados à população migrante, especialmente às mulheres, uma vez que a violência sexual e a violência doméstica contra elas foram elencadas como uma das

cinco principais preocupações trazidas por migrantes e refugiados no atendimento psicossocial (Organização Internacional para as Migrações, 2021).

A localização, ainda que temporária, da população migrante no novo território também implica o aumento ou incremento de obstáculos. Por exemplo, a permanência em regiões rurais afastadas dos centros urbanos gera dificuldades na atenção, demandando comportamentos mais proativos das equipes envolvidas na atenção básica à saúde, a fim de reduzir distâncias.

Outrossim, a realização de estudos que pormenorizem o perfil das mulheres migrantes é parte fundamental para a compreensão do problema e apresentação de soluções adequadas. A simples identificação abrangente pelo gênero feminino é insuficiente para permitir a construção de políticas públicas adequadas às mulheres migrantes. Entre os dados globais, temos, por exemplo, que, em 2021, no perfil geral da população migrante, cerca de 30 % eram jovens e 48 % adultos, sendo necessário depurar dentro desses índices qual o público composto por mulheres, já que a atenção à saúde integral está diretamente relacionada à faixa etária do indivíduo. Cerca de 7 % eram crianças de até 6 anos, e, nesse caso, a atenção à saúde da mulher se integra com a atenção à saúde infantil. Por sua vez, cerca de 5 % eram adolescentes, o que exige atenção às questões de saúde relativas à sexualidade e reprodução (Organização Internacional para as Migrações, 2022).

No caso da mulher migrante, o detalhamento do perfil alinha-se com a diretriz da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que estabelece que a elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde desse público devem seguir a perspectiva de gênero, de raça e de etnia e mirar a ampliação do enfoque, rompendo as fronteiras da saúde sexual e reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.

Além disso, conhecer o perfil da mulher migrante permite direcionar as políticas públicas, conforme outra diretriz, que tem, como elemento central da atenção integral à saúde da mulher, o respeito à diversidade e à singularidade da pessoa. Dessa forma, os prestadores de serviço podem atuar de maneira adequada no estabelecimento de relações com pessoas singulares, por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de orientação sexual etc., norteando-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais.

Tal diretriz indica também que esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde. Sobre tudo, considerando que o fluxo migratório ao longo dos últimos anos sofreu um aumento considerável, a existência de programas de capacitação dos profissionais e gestores é uma necessidade inafastável.

Frise-se que o fluxo migratório nacional caracteriza-se por um marcador de etnia evidente, especialmente na fronteira do Brasil com a Venezuela. Entretanto, não foram encontrados levantamentos dos perfis étnicos da população venezuelana usuária dos serviços públicos de saúde.

Outra questão é que as diretrizes voltadas à saúde da mulher estabelecem a continuidade dos registros e da atenção à pessoa. Contudo, a mudança abrupta produzida pela migração implica a ausência de registros sobre o histórico progresso de saúde, incluindo doenças, tratamentos e informações sobre a saúde reprodutiva, marcadores determinantes para um adequado acompanhamento no novo local de residência da mulher migrante. Contornar tal obstáculo é primordial e se compatibiliza com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, pois é necessário que, na gestão das políticas de atenção à saúde, se estabeleça uma dinâmica inclusiva para atender demandas emergentes ou antigas em todos os níveis assistenciais.

Considerações finais

Com vistas ao acolhimento da população imigrante mais vulnerável, o Brasil colocou em prática diversas políticas públicas previstas na Constituição Federal, como o oferecimento de residência (temporária ou permanente) e de suporte jurídico, contudo o acesso à saúde, as diferenças culturais, as dificuldades com o idioma, a falta de documentação, bem como a xenofobia e o racismo, estão presentes como obstáculos à integração dessas pessoas.

Neste estudo, vislumbraram-se as necessidades em saúde de venezuelanas migrantes usuárias do SUS com ISTs, a fim de orientar os processos decisórios por parte dos gestores e de outras figuras que buscam fornecer a atenção em saúde. Mas, ainda é importante distinguir quais são as barreiras decorrentes da condição de migrante dos demais obstáculos intrínsecos ao funcionamento de um sistema de

saúde robusto, que tem incidência de atenção sobre a maioria da população nacional (70 %) garantida por lei. Esse desafio é agravado pelo aumento das condições sociais de vulnerabilidade ao longo dos últimos anos em razão tanto da pandemia de covid-19 quanto da regressão dos índices socioeconômicos.

Referências

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BEZERRA, L. C. A. *et al.* Translação do conhecimento na qualificação da gestão da vigilância em saúde: contribuição dos estudos avaliativos de pós-graduação. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 fev. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela atenção básica**: manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais, 2017.
- CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; ARAUJO, D. (org.). **A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro**. Relatório anual 2016. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília: OBMigra, 2016. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados_anuais/RelatorioCompleto_v8_0512_pagespelhada_comcapa.pdf. Acesso em: 15 fev. 2025.
- CROSSETTI, M. G. O.; GÓES, M. R. O. Translação do conhecimento: um desafio para prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, e74266, p. 1-2, 2017. Editorial.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

- JEZUS, S. V. *et al.* Local action plan to promote access to the health system by indigenous Venezuelans from the Warao ethnic group in Manaus, Brazil: analysis of the plan's development, experiences, and impact through a mixed-methods study (2020). **PLoS One**, v. 16, n. 11, e0259189, p. 1-19, 2021.
- LACERDA, M. R.; COSTERANO, R. G. S. (org.). **Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde**. Rio de Janeiro: Moriá, 2016.
- MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de ação**: ações de saúde na Atenção Primária aos indígenas venezuelanos em situação de rua e em condição de abrigamento em Manaus. Manaus: Semsu, Departamento de Atenção Primária/GAP/NUSGE, 2017.
- NAÇÕES UNIDAS. **América Latina e Caribe enfrentam “crise migratória sem precedentes”**. c2022. Disponível em: <https://unric.org/pt/onu-america-latina-e-caribe-enfrentam-crise-migratoria-sem-precedentes/>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- OLIVEIRA, A. T. de. Características da imigração regular no Brasil: um olhar através dos registros administrativos. *In*: CAVALCANTI, L. *et al.* (org.). **A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro**. Relatório anual 2017. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério do Trabalho/Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração. Brasília: OBMigra, 2017. p. 44-77.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. **Assistência em saúde mental e atenção psicossocial à população migrante e refugiada no Brasil**: a rede de apoio da sociedade civil. Brasília: OIM, 2021.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. **Fazendo a migração para todos**. Brasília: OIM, 2022. Disponível em: <https://www.iom.int/about-migration>. Acesso em: 20 nov. 2022.
- PERSONAS refugiadas y migrantes venezolanas. **R4V**: Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. Mayo 2024. Disponível em: https://www.r4v.info/sites/g/files/tmzbd12426/files/2024-06/Stock%20Map_Portrait_VF_Spa2_2.pdf. Acesso em: 12 fev. 2025.
- PETERS, D. H.; TRAN, N. T.; ADAM, T. **Implementation research in health: a practical guide**. Geneva: World Health Organization, 2013.

- UNHCR (Agência da ONU para Refugiados). **ACNUR apoia o desenvolvimento de políticas públicas para refugiados, migrantes e apátridas no Pará.** Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/noticias/notas-informativas/acnur-apoia-o-desenvolvimento-de-politicas-publicas-para-refugiados>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- UNHCR (The UN Refugee Agency). **As asylum applications by Venezuelans soar, UNHCR steps up response.** Geneva, 2017. Disponível em: <https://www.unhcr.org/news/briefing/2017/7/596888474/asylum-applications-venezuelans-soar-unhcr-steps-response.html>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- UNICEF. **Situação de refugiados e migrantes venezuelanos no Pará é tema de ações integradas do Unicef, Acnur e governos estadual e municipais.** 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/situacao-de-refugiados-e-migrantes-venezuelanos-no-para-e-tema-de-acoes>. Acesso em: 20 nov. 2022.



Estudo sobre as doenças tropicais negligenciadas na região da tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai

Filipa Mendes Oliveira · Marcos Augusto Moraes Arcoverde · Ricardo Alexandre Arcêncio · Inês Fronteira

As doenças tropicais negligenciadas (DTNs) constituem um grupo de doenças transmissíveis, tipicamente prevalentes em países tropicais e subtropicais, afetando mais de um bilhão de pessoas no mundo (Bangert *et al.*, 2017; Mackey *et al.*, 2014; World Health Organization, 2018). Essas doenças atingem principalmente populações vulneráveis, como crianças, mulheres grávidas e aqueles que vivem em condições de pobreza, com acesso limitado a tratamentos eficazes. Em locais endêmicos, as DTNs são responsáveis por indicadores de saúde precários (taxas de natalidade, fertilidade, morbidade e mortalidade) (Bangert *et al.*, 2017), com alto impacto econômico e social. Estão associadas à menor produtividade, incapacidade de longo prazo e à perpetuação dos ciclos de pobreza e adoecimento (Bangert *et al.*, 2017; Mackey *et al.*, 2014; World Health Organization, 2022). Considerando os vários determinantes sociais e

econômicos associados às DTNs, destaca-se a necessidade de enfrentá-las com a introdução de intervenções simples e econômicas (Bangert *et al.*, 2017; Mackey *et al.*, 2014).

A América do Sul, atualmente, ainda é altamente endêmica para doenças tropicais negligenciadas (World Health Organization, 2018), o que torna o estudo de sua prevalência, intervenções e estratégias uma questão relevante. Sobretudo as zonas fronteiriças são áreas críticas, complexas e vulneráveis do ponto de vista da saúde pública, devido a questões políticas, jurídicas, técnicas e operacionais relativas ao controle e tratamento de doenças (Peiter *et al.*, 2013).

As regiões fronteiriças são geralmente áreas remotas, distantes dos centros de comando e decisão, e caracterizam-se por grandes diferenças sociais, culturais e econômicas. Não é incomum associar regiões de fronteira ao desemprego, baixo índice de desenvolvimento humano, problemas ambientais e práticas ilegais e criminosas (Ceroni; Carmo, 2015). Portanto, as intervenções de saúde nessas áreas devem ser flexíveis, adaptáveis e incluir todos os países envolvidos (Gustavsen; Sodahlon; Bush, 2016).

A região da tríplice fronteira, escolhida para este estudo, corresponde à região onde as cidades de Foz do Iguaçu (estado do Paraná, Brasil), Puerto Iguazú (província de Misiones, Argentina) e Ciudad del Este (departamento do Alto Paraná, Paraguai) se encontram. Nela, também estão localizadas as Cataratas do Iguaçu, que separam o Brasil da Argentina e classificadas pela Unesco como Patrimônio Natural da Humanidade. Essa região foi identificada como de particular interesse para estudos internacionais por ser um ponto de atração turística e apresentar um intenso comércio e movimento de bens e pessoas entre fronteiras. Apesar de ser uma zona de fronteira, é populosa. Há um elevado fluxo de residentes locais que cruzam constantemente os limites entre os três países, além de turistas e comerciantes que vêm para a região.

Uma investigação preliminar foi realizada para saber quais doenças tropicais negligenciadas, entre as listadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), eram prevalentes nessa região e deveriam ser estudadas de forma aprofundada (Bangert *et al.*, 2017; World Health Organization, 2018). Para isso, foram utilizados dados oficiais disponíveis em *sites* institucionais entre 2017 e 2018. A lista da OMS foi escolhida como referência para este estudo porque é aplicável em todo o mundo e amplamente considerada como a principal referência sobre DTNs. Isso não significa que outras referências não poderiam ter sido eleitas, como a lista da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) ou listas de classificação de países específicos.

Essas DTNs foram classificadas em dois grupos: doenças possivelmente prevalentes e doenças prevalentes. O grupo das doenças possivelmente prevalentes incluiu úlcera de Buruli, esquistossomose, tracoma, equinococose, raiva e trematodíases transmitidas por alimentos (World Health Organization, 2018). Enquanto as classificadas como prevalentes foram hanseníase, doença de Chagas, leishmaniose, teníase e cisticercose, helmintíases transmitidas pelo solo e dengue (World Health Organization, 2018).

Posteriormente, levando-se em consideração os dados epidemiológicos sobre DTNs na região, foram identificadas e analisadas criticamente as diversas intervenções de saúde implementadas na região da tríplice fronteira com o objetivo de prevenir, controlar ou tratar essas doenças. Com base nos dados recolhidos, descreveram-se os pontos fortes e fracos, as oportunidades e os desafios para a prevenção, o controle e o tratamento de doenças tropicais negligenciadas na região, buscando resultados que possam auxiliar os tomadores de decisão e gestores de saúde a planejar uma estratégia comum para abordar as doenças estudadas.

Trajetória de pesquisa

Esta seção relata o trabalho de revisão sistemática realizado, que se estruturou através de uma análise SWOC (*strengths, weaknesses, opportunities, challenges*) para responder a seguinte questão: “quais são os pontos fortes, fracos, oportunidades e desafios para a prevenção, o controle e o tratamento de DTNs na tríplice fronteira?”. Utilizou-se ainda a metodologia população, intervenção, comparação e resultados, ou PICO (*population, intervention, comparison, outcome*) (Methley *et al.*, 2014), escolhida devido à sua sensibilidade, uma vez que, à data, não havia muita literatura publicada sobre o tema (Liberati *et al.*, 2009).

O protocolo de investigação foi dividido em cinco etapas descritas nas subseções seguintes com seus respectivos resultados.

Etapa 1: estratégia de busca

Pesquisaram-se estudos nos idiomas português, inglês, espanhol e francês, com texto completo disponível, entre 20 de fevereiro de 2007 e 19 de dezembro de 2018, em duas bases de dados — US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme¹) —, utilizando termos MeSH (Medical Subject Headings), descritores DeCS (Descritores de Ciências da Saúde) e indicadores booleanos (Quadro 1):

Quadro 1 – Estratégia de busca PICO e palavras-chaves

Elemento	Palavras-chaves (1)
P [<i>population</i>]	Triple Border* OR Triple Frontier* OR Tri-border* OR Foz do Iguazú* OR Puerto Iguazú* OR Ciudad del Este* OR Paraná* OR Misiones* OR Alto Paraná* OR (Brazil AND Argentina AND Paraguay) OR Border Areas
I [<i>interventions</i>]	Disease Prevention OR Primary Prevention OR Secondary Prevention OR Tertiary Prevention OR Communicable Disease Control OR Public Health OR Public Health Surveillance OR Health Promotion OR Health Education OR Health Policy OR Therapeutics OR Therapy
C [<i>comparison</i>]	Não aplicável
O [<i>outcomes</i>]	Neglected Diseases OR Buruli Ulcer OR Mycobacterium ulcerans OR Schistosomiasis mansoni OR Schistosoma mansoni OR Mollusca OR Biomphalaria tenagophila* OR Trachoma OR Chlamydia trachomatis OR Leprosy OR Mycobacterium leprae OR Echinococcosis OR Echinococcus OR Chagas Disease OR Trypanosoma cruzi OR Trypanosomiasis OR Triatominae OR Rhodnius neglectus* OR Leishmaniasis OR Leishmania OR Phlebotomus* OR Leishmania infantum OR Rabies OR Rabies Virus OR Rabies Vaccines OR Taeniasis OR Neurocysticercosis OR Taenia OR Taenia solium OR Fascioliasis OR Fasciola hepatica OR Paragonimiasis OR Paragonimus OR Lymnaea OR Helminthiasis OR Ascaris lumbricoides OR Ascariasis OR

(continua)

1 Criada na década de 1960, inicialmente como Biblioteca Regional de Medicina, por isso a sigla Bireme, a instituição é até hoje conhecida pela nomenclatura original, todavia passa constantemente por diversas mudanças desde a década de 1980 (Pires-Alves, 2008)

Elemento	Palavras-chaves (1)
O [outcomes]	Necator americanus OR Necatoriasis OR Ancylostomiasis OR Ancylostoma OR Trichuris OR Trichuriasis OR Dengue OR Severe Dengue OR Dengue Virus OR Aedes OR Haemorrhagic fever*

(1) O * indica que não há um termo MeSH correspondente.

Fonte: elaboração própria.

Identificaram-se assim 595 referências, das quais 64 eram duplicadas e, portanto, foram excluídas.

Também foram abordados investigadores locais para obter demais documentação ou publicação relevantes que pudessem ser incluídas no presente estudo; entretanto, nenhuma literatura cinzenta ou outros documentos locais relevantes foram identificados na época.

Nessa primeira etapa, de busca, destacam-se, entre algumas limitações: a existência de dados e informações não divulgados, visto que uma intervenção em saúde não implica necessariamente a publicação de um estudo; a pesquisa em apenas duas bases de dados (PubMed e Bireme); o escopo das publicações indexadas pela PubMed, uma base de dados de estudos relacionados à área de biomedicina, que não abrange de forma ampla estudos em política de saúde e avaliação de intervenções em saúde; e o fato de a região estudada estar em desenvolvimento, havendo poucos estudos publicados. O uso de palavras-chave obsoletas, como “*Phlebotomus*”, ou com baixo interesse para a questão investigativa, como “Mollusca”, “*Chlamydia trachomatis*”, “febre hemorrágica”, e a não utilização de palavras-chave para outros vetores relevantes para leishmaniose cutânea e doença de Chagas foram outros limitantes da busca.

Apesar disso, acreditamos que essas limitações foram amenizadas com o uso dos termos MeSH, o que permitiu uma pesquisa mais ampla, com palavras relevantes para cada uma das DTNs estudadas. Ainda é importante mencionar que, à época do início do estudo preliminar, os acidentes ofídicos não constavam da lista da OMS de DTNs prevalentes na tríplice fronteira. No entanto, alguns resultados relacionados com esse tipo de evento foram encontrados, graças ao termo MeSH “neglected diseases” (doenças negligenciadas) utilizado na pesquisa.

Etapa 2: pré-seleção dos estudos pelo resumo

Após a exclusão das publicações duplicadas, o resumo de 531 textos foi analisado para aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Excluíram-se os estudos sem resumo, os que não tratavam de DTNs, os que tinham como lócus outras regiões e os que não abordavam o tema de interesse da pesquisa.

Nessa fase, uma amostra aleatória de quarenta referências foi posteriormente avaliada por um segundo revisor para certificar a sensibilidade e a especificidade do processo de revisão. As divergências foram resolvidas por um terceiro revisor.

O valor de Kappa, referente ao nível de concordância entre o primeiro e o segundo revisor, foi calculado utilizando o programa IBM SPSS Statistics. Entre o primeiro e o segundo revisor, o valor de Kappa foi de 0,352, a sensibilidade de 46 % e a especificidade de 94 %.

Esses valores de Kappa e de sensibilidade foram baixos possivelmente porque o primeiro revisor foi menos excludente durante a aplicação de critérios de inclusão e exclusão aos resumos.

Etapa 3: seleção dos estudos pelo texto completo

Após a análise dos resumos, restaram 230 estudos, a cujos textos completos foram aplicados critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- a. O estudo foi realizado ou está relacionado à tríplice fronteira ou a uma das cidades da região — Foz do Iguaçu, Puerto Iguazú e Ciudad del Este — e o assunto analisado trata de intervenções de saúde para prevenção, controle, tratamento ou dados epidemiológicos de DTNs.
- b. O estudo relacionado a intervenções de saúde para prevenção, controle ou tratamento de DTNs foi realizado a uma distância inferior a cem quilômetros do centro de uma das três cidades, com interesse ou aplicabilidade na região da tríplice fronteira.

- c. O assunto analisado está relacionado a cuidados transfronteiriços, saúde pública internacional, regulação sanitária ou políticas de saúde, com interesse ou aplicabilidade na região da tríplice fronteira.

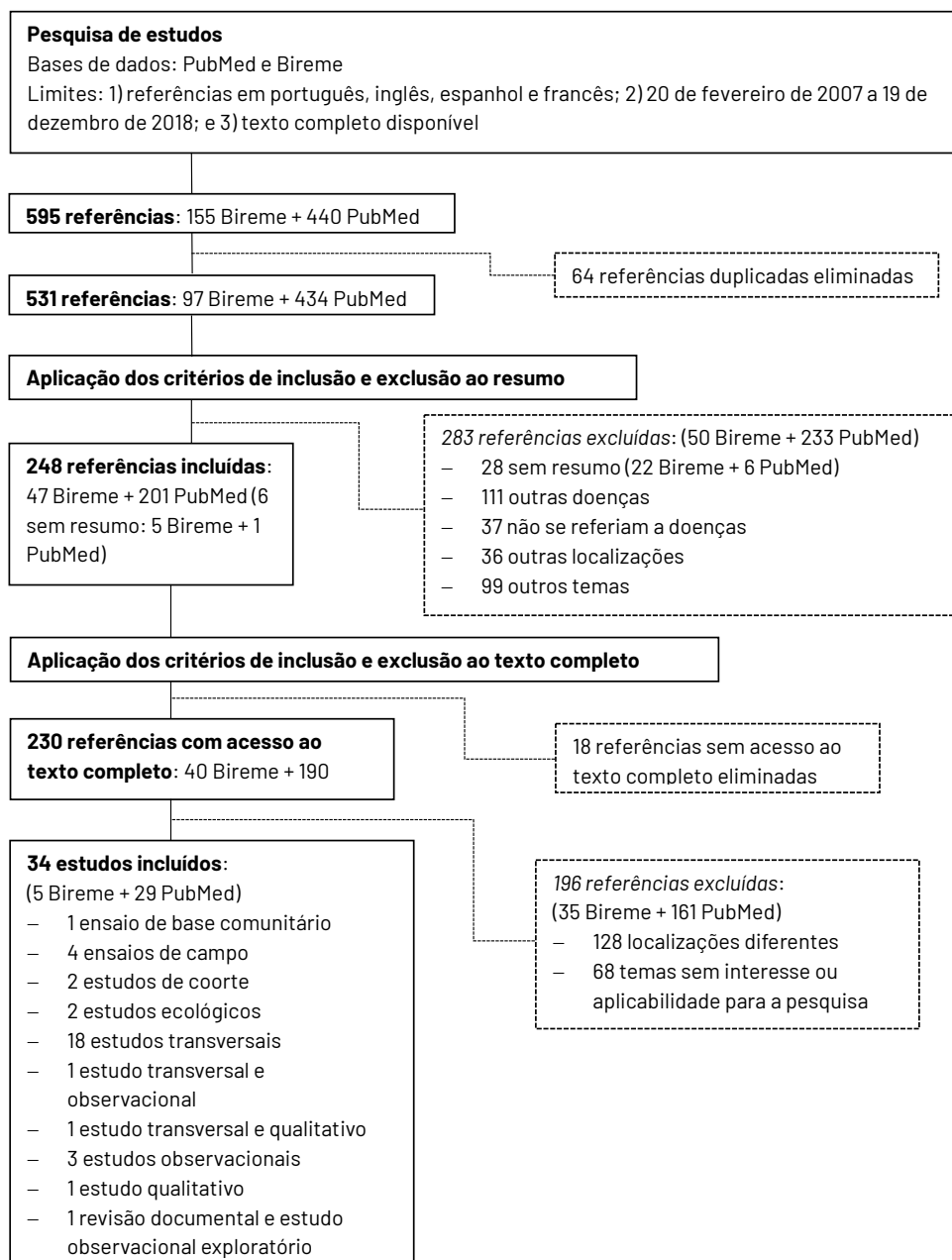
Estudos foram excluídos em razão dos seguintes critérios:

- a. O estudo não está relacionado à região da tríplice fronteira ou foi realizado a uma distância superior a cem quilômetros da região da tríplice fronteira.
- b. O estudo/assunto em análise não é sobre intervenções de saúde em DTNs.
- c. O tema em análise não tem um potencial interesse ou aplicabilidade para a implementação de intervenções de saúde na região da tríplice fronteira e/ou em DTNs.
- d. O texto completo não está disponível e/ou é necessário um pagamento extra para acessá-lo.

A área de interesse do estudo definida como o espaço dentro de um raio de cem quilômetros do centro das cidades de Foz do Iguaçu, Puerto Iguazú ou Ciudad del Este foi adaptada considerando a definição de faixa fronteiriça dada pelo IBGE, que é a faixa interna com 150 quilômetros de largura, paralela à linha divisória terrestre dos territórios nacionais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020), adotada no Brasil para gestão e pesquisa do território fronteiriço.

Ao final do processo de seleção, após a aplicação das etapas 2 e 3, restaram 34 estudos, uma taxa de inclusão correspondente a 6,4 % (Figura 1).

Figura 1 – Estudos selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão



Fonte: elaboração própria.

Etapa 4: características dos estudos selecionados

Coletaram-se, dos 34 estudos selecionados, dados sobre a doença, o local, o tipo de estudo, o tipo de intervenção, a revisão ética, os resultados e o ano da pesquisa.

O desenho dos estudos incluídos variou, compreendendo um (2,9 %) estudo de base comunitária, quatro (11,8 %) ensaios de campo, dois (5,9 %) estudos de coorte, dois (5,9 %) estudos ecológicos, dezoito (52,9 %) estudos transversais, um (2,9 %) estudo transversal e observacional, um (2,9 %) estudo transversal e qualitativo, três (8,8 %) estudos observacionais, um (2,9 %) estudo qualitativo e uma (2,9 %) revisão documental e estudo observacional exploratório. Entre os 34 estudos, havia quatorze (41,2 %) estudos entomológicos transversais, relacionados ao controle de populações de vetores de dengue e leishmaniose; três (8,8 %) estudos transversais com animais (cães) sobre o controle da leishmaniose; um (2,9 %) era simultaneamente um estudo seccional entomológico e animal; e um (2,9 %) era um estudo retrospectivo observacional e entomológico transversal.

Nenhum dos estudos envolveu os três países simultaneamente: 21 (61,8 %) foram realizados na Argentina, dos quais dezessete (80,9 %) em Puerto Iguazú, um (4,8 %) na Floresta Paranaense, um (4,8 %) em Misiones e dois (9,5 %) em localidades a menos de cem quilômetros de Puerto Iguazú (Puerto Libertad e Wanda); doze (35,3 %) foram realizados no Brasil, todos contemplavam Foz do Iguaçu, dos quais oito (66,7 %) também abrangeram outras localidades. Apenas um (2,9 %) estudo foi realizado no Paraguai.

Dos estudos incluídos, dezoito (52,9 %) abordaram a leishmaniose, onze (32,3 %) a dengue, dois (5,9 %) a hanseníase, dois (5,9 %) as helmintíases transmitidas pelo contato com o solo e um (2,9 %) a doença de Chagas. A maioria dos estudos envolveu vigilância e controle de vetores: dezenove (55,9 %) estudos eram intervenções de controle de vetores (onze sobre flebotomíneos e oito em relação a *Aedes* spp.); dois (5,9 %) eram intervenções de prevenção; três (8,8 %) estudaram os mecanismos de transmissão; cinco (14,7 %) abordaram sua epidemiologia; dois (5,9 %) eram intervenções de diagnóstico e tratamento; dois (5,9 %) eram intervenções de controle, diagnóstico e tratamento; e um (2,9 %) era um estudo ecoepidemiológico.

Quadro 2 – Características dos estudos incluídos na revisão

Autoria e ano	Doença	Local	Tipo de estudo
Rivero <i>et al.</i> , 2018	HTS e P	Puerto Iguazú (comunidade indígena Mbyá-Guarani)	Transversal
Pech-May <i>et al.</i> , 2018	LV	Argentina (seis cidades incluindo Puerto Iguazú) e amostras de oito países da América Latina	Entomológico transversal
Santini <i>et al.</i> , 2018	LV e LT	Puerto Iguazú	Entomológico transversal
Melo; Rossoni; Teodoro, 2018	LC	Paraná, incluindo Foz do Iguazu	Ecológico
Assis <i>et al.</i> , 2018	H	Foz do Iguazu	Ecológico
Thomaz-Soccol <i>et al.</i> , 2018	LV	Foz do Iguazu e Santa Terezinha de Itaipu (PR, Brasil)	Entomológico transversal
Fernández <i>et al.</i> , 2018	LT	Puerto Iguazú	Transversal com animais e entomológico transversal
Orellano <i>et al.</i> , 2018	D	Misiones, Salta e Buenos Aires (Argentina)	Coorte (simulação utilizando o modelo Markov)
Rivas <i>et al.</i> , 2018	D	Foz do Iguazu	Entomológico transversal
Thomaz-Soccol <i>et al.</i> , 2017	cLV	Foz do Iguazu e Santa Terezinha de Itaipu (PR, Brasil)	Transversal com animais
Rivero <i>et al.</i> , 2017	HTS e P	Puerto Iguazú	Transversal e qualitativo
Eirin <i>et al.</i> , 2017	DC, SF, HIV	Argentina (cinco populações ameríndias, incluindo Mbyá-Guarani de Puerto Iguazú)	Observacional retrospectivo
Giménez-Ayala <i>et al.</i> , 2017	LCA	Alto Paraná, incluindo Ciudad del Este	Revisão documental e estudo exploratório observacional, descritivo de enfoque qualitativo

(continua)

Autoria e ano	Doença	Local	Tipo de estudo
Moya <i>et al.</i> , 2017	LV	Puerto Iguazú	Entomológico transversal
Manteca Acosta <i>et al.</i> , 2017	LCA	Puerto Iguazú (Reserva 2000 Hectáreas)	Ensaio de campo
Aguirre-Obando; Martins; Navarro-Silva, 2017	D	Oito municípios de diferentes regiões, incluindo Foz do Iguazu	Entomológico transversal
Moya <i>et al.</i> , 2015	LV	Puerto Iguazú (Reserva 2000 Hectáreas)	Entomológico transversal
Acosta <i>et al.</i> , 2015	cLV	Puerto Iguazú	Transversal com animais
Espinosa <i>et al.</i> , 2014	D	Puerto Iguazú	Entomológico transversal
Orellano; Vazquez; Salomon, 2013	LTA	Argentina (ecorregiões: floresta subtropical de Yungas, Chaco Úmido, Chaco Seco e Floresta Paranaense)	Coorte (simulação utilizando o modelo Markov)
Santini <i>et al.</i> , 2013	LV	Puerto Iguazú	Entomológico transversal
Santos; Ferreira; Bisetto Junior, 2012	LV	Foz do Iguazu	Entomológico transversal
Costa; Fattore; Abril, 2012	D	Puerto Iguazú	Entomológico transversal
Fernández <i>et al.</i> , 2012	LTA	Puerto Iguazú	Entomológico transversal
Prophiro <i>et al.</i> , 2011	D	Foz do Iguazu, além de Santa Helena e Ubiratã (PR, Brasil) e Tubarão (SC, Brasil)	Entomológico transversal
Harburguer <i>et al.</i> , 2011	D	Puerto Libertad (Misiones, Argentina)	Estudo de base comunitária
Mastrángelo; Salomón, 2010	LTA	Puerto Iguazú (Reserva 2000 Hectáreas)	Qualitativo
Duque <i>et al.</i> , 2010	D	Paraná, incluindo Foz do Iguazu	Observacional retrospectivo
Lucia <i>et al.</i> , 2009	D	Wanda (Misiones, Argentina)	Ensaio de campo

(continua)

Autoria e ano	Doença	Local	Tipo de estudo
Salomón <i>et al.</i> , 2009	LCA	Puerto Iguazú (zona urbana e Reserva 2000 Hectáreas)	Observacional retrospectivo e entomológico transversal
Masuh <i>et al.</i> , 2008	D	Puerto Iguazú, Wanda (Misiones, Argentina) e Tartagal (Salta, Argentina)	Ensaio de campo
Silva <i>et al.</i> , 2008	LV	Paraná (37 municípios, incluindo Foz do Iguazu)	Entomológico transversal
Silva-Sobrinho; Mathias, 2008	H	Paraná, incluindo Foz do Iguazu	Observacional retrospectivo
Gomes <i>et al.</i> , 2007	D	Foz do Iguazu	Ensaio de campo

Legenda: cLV: leishmaniose visceral canina; D: dengue; DC: doença de Chagas; H: hanseníase; HIV: vírus da imunodeficiência humana; HTS: helmintíases transmitidas pelo solo; LC: leishmaniose cutânea; LCA: leishmaniose cutânea americana²; LT: leishmaniose tegumentar; LTA: leishmaniose tegumentar americana; LV: leishmaniose visceral; P: outras parasitoses; SF: sífilis.

Fonte: elaboração própria.

Notavelmente, dezesseis (47,1 %) dos 34 estudos foram publicados entre os anos de 2017 (sete estudos, 20,6 %) e 2018 (nove estudos, 26,5 %), o que demonstra o exponencial interesse e investimento em pesquisas nessa região. Quanto aos demais estudos, um (2,9 %) foi publicado em 2007, três (8,8 %) em 2008, dois (5,9 %) em 2009, dois (5,9 %) em 2010, dois em 2011 (5,9 %), três (8,8 %) em 2012, dois (5,9 %) em 2013, um (2,9 %) em 2014 e dois (5,9 %) em 2015.

A maioria dos estudos incluídos visava controlar, minimizar e monitorar a disseminação e a transmissão das doenças ou avaliar sua epidemiologia. Os estudos realizados tiveram em comum o controle e vigilância da população de flebotomíneos e a análise do perfil epidemiológico das regiões.

2 A leishmaniose cutânea é uma das formas clínicas da leishmaniose tegumentar americana. A presente revisão foi fiel aos termos informados nos estudos primários analisados.

Com relação à vigilância e controle de vetores, apenas cinco (14,7 %) estudos tratavam de uma intervenção efetiva para eliminar e/ou tratar residências domésticas ou áreas infestadas por vetores. Destacam-se: um ensaio de campo realizado em Foz do Iguaçu para avaliação de armadilhas específicas destinadas à captura de fêmeas de *Aedes aegypti*, em comparação com a técnica de aspiração de espécimes em abrigos artificiais (Gomes *et al.*, 2007); outro ensaio, de base comunitária, realizado em Puerto Libertad, Misiones, para avaliar a eficácia de uma nova formulação geradora de fumaça contendo 2 % de piriproxifeno e 10 % de permetrina contra *Aedes aegypti*, a aceitação pela comunidade desse comprimido fumigante não profissional e suas percepções e práticas em relação à dengue (Harburguer *et al.*, 2011); um estudo de campo realizado em Puerto Iguazú na Reserva 2000 Hectáreas que utilizou cortinas impregnadas de um inseticida como ferramenta de controle de flebotomíneos em galinheiros experimentais (Manteca Acosta *et al.*, 2017); um ensaio de campo realizado em Wanda, Misiones, com uma nova formulação de ultrabaixo volume contendo 15 % de permetrina e 3 % de piriproxifeno comparada a uma formulação de ultrabaixo volume de 15 % de permetrina contra a população de *Aedes aegypti* (Lucia *et al.*, 2009); e um estudo conduzido em Puerto Iguazú, Wanda e Tartagal que testou uma nova ovitampa para monitorar as flutuações populacionais de *Aedes aegypti*, com o objetivo de detectar picos de densidades do vetor e aplicar ou avaliar medidas de controle (Masuh *et al.*, 2008).

Na Argentina, foram realizados quatro estudos na Reserva 2000 Hectáreas no contexto de propagação da leishmaniose, a saber: um ensaio de campo sobre seu controle (Manteca Acosta *et al.*, 2017), um estudo entomológico transversal a respeito da sua transmissão (Moya *et al.*, 2015), um estudo qualitativo sobre sua ecoepidemiologia (Mastrángelo; Salomón, 2010) e um estudo observacional retrospectivo e entomológico transversal no tocante a sua epidemiologia (Salomón *et al.*, 2009). Esses estudos têm uma abordagem valiosa e interessante em relação ao desmatamento da floresta primária, à falta de recursos e aos problemas de pobreza sentida pela população vulnerável da região.

O ensaio de base comunitária conduzido em Puerto Libertad, Misiones (Harburguer *et al.*, 2011) e o estudo ecoepidemiológico realizado na Reserva 2000 Hectáreas (Mastrángelo; Salomón, 2010) promoveram uma abordagem comunitária,

empoderando e valorizando o papel, a intervenção, os conhecimentos, as percepções e as práticas da comunidade de moradores sobre a dengue e a leishmaniose.

Também na Argentina, dois estudos se destacam por abordar o bem-estar e a saúde da vulnerável população indígena Mbyá-Guarani. Um deles foi um inquérito domiciliar de crianças e adolescentes até 15 anos para avaliação nutricional e parasitológica, buscando helmintíases transmitidas pelo solo e outras parasitoses. O estudo concluiu que 87,8 % das crianças tinham pelo menos um parasita e 87,0 % sofriam de desnutrição, sendo as condições individuais, os hábitos e a escolaridade materna os determinantes sociodemográficos mais importantes (Rivero *et al.*, 2018). O outro foi um estudo observacional retrospectivo sobre a estimativa da prevalência da doença de Chagas, da sífilis e da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que detectou uma prevalência de 6,7 % de infecções por *Treponema pallidum*, *Trypanosoma cruzi* e HIV (Eirin *et al.*, 2017).

Foram incluídos apenas dois estudos sobre hanseníase — no estado do Paraná (Silva-Sobrinho; Mathias, 2008) e em Foz do Iguaçu (Assis *et al.*, 2018) —, ambos relativos à sua epidemiologia, apesar de a doença estar presente nos três países e ser conhecidamente prevalente em Misiones e no Paraná (Silva-Sobrinho *et al.*, 2022).

No geral, os cinco estudos epidemiológicos incluídos estavam relacionados a surtos de doenças passadas (estudos retrospectivos), a saber: dois a respeito da leishmaniose no Paraná (Melo; Rossoni; Teodoro, 2018) e em Puerto Iguazú (Salomón *et al.*, 2009), um sobre dengue no Paraná (Duque *et al.*, 2010) e os dois acerca de hanseníase no Paraná (Silva-Sobrinho; Mathias, 2008) e Foz do Iguaçu (Assis *et al.*, 2018).

Quatro estudos abordaram diagnóstico e tratamento: dois com a população indígena Mbyá-Guarani, em relação à avaliação parasitológica (Rivero *et al.*, 2018) e à estimativa da prevalência da doença de Chagas, sífilis e HIV-1 (Eirin *et al.*, 2017); um em crianças e adolescentes menores de 15 anos em Puerto Iguazú (Argentina) para avaliação parasitológica, contaminação ambiental parasitária e características sociodemográficas (Rivero *et al.*, 2017); e um em Alto Paraná (Paraguai) acerca da situação epidemiológica, intervenções para controle de vetores, tratamento de saúde e percepções das partes interessadas sobre leishmaniose tegumentar americana (Giménez-Ayala *et al.*, 2017).

Os dois estudos de coorte simulados utilizaram abordagens de custo-efetividade, mediante a aplicação do modelo de Markov, para leishmaniose tegumentar americana

(Orellano; Vazquez; Salomon, 2013) e dengue (Orellano *et al.*, 2018). Ambos recomendaram a implementação de medidas de prevenção primária e secundária para evitar a transmissão da doença, uma vez que eram mais custo-efetivas do que a abordagem tradicional para tratar os casos detectados das doenças. No primeiro caso, a adoção de cortinas e roupas impregnadas com inseticida foi altamente custo-efetiva quando comparada à estratégia de diagnóstico precoce (Orellano; Vazquez; Salomon, 2013). O segundo estudo recomendou a vacinação como principal estratégia para diminuir a soroprevalência de dengue fixada em 79 % em Misiones (Orellano *et al.*, 2018).

Etapa 5: a análise SWOC

A última etapa se referiu à análise SWOC, que identificou pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e desafios para a prevenção, o controle e o tratamento de DTNs na tríplice fronteira.

Foi possível identificar como pontos fortes: as semelhanças das intervenções realizadas no Brasil e na Argentina para o controle da leishmaniose e da dengue (vigilância, monitoramento e eliminação de vetores); a facilidade de mobilidade e comunicação das populações; e o histórico de estratégias conjuntas, como a Iniciativa do Cone Sul para a eliminação da doença de Chagas (Dias, 2007).

Por outro lado, identificamos como fragilidades: o isolamento de áreas rurais, como a Reserva 2000 Hectáreas, em termos de acessibilidade ao sistema de saúde e barreiras sociais existentes; a discrepância entre o número de estudos realizados no Paraguai (1), no Brasil (12) e na Argentina (21); e a falta de revisão ética dos estudos realizados. As diferenças linguísticas, culturais, sociopolíticas, de saúde e de recursos humanos, logísticas e econômicas entre os países foram simultaneamente consideradas pontos fortes e fracos, dependendo de como são percebidas e geridas pelos países e seus atores políticos, profissionais da saúde, população e diferentes partes interessadas.

Quanto às oportunidades, verificou-se o aumento do turismo e da visibilidade local, o aumento das atividades comerciais, o crescente desenvolvimento econômico da área, o aumento de publicações e pesquisas em 2017 e 2018 e a similitude de intervenções entre os países.

Como desafios, identificou-se a ausência de estudos sobre DTNs prevalentes, como teníase e cisticercose; as barreiras na cooperação e colaboração entre países; e a circulação/mobilidade de bens, animais e pessoas entre as fronteiras.

O Quadro 3 sintetiza os achados da análise SWOC:

Quadro 3 – Análise SWOC

Fatores internos	
Pontos fortes (fortalezas)	Pontos fracos (fragilidades\fraquezas)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Semelhança das intervenções realizadas no Brasil e na Argentina para o controle e a prevenção da leishmaniose e da dengue ✓ Aumento da mobilidade e da comunicação ✓ Histórico de estratégias conjuntas ✓ Diferenças linguísticas, culturais, sociopolíticas e de sistemas de saúde entre os países ✓ Diferenças logísticas, econômicas e de recursos humanos entre os países 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Isolamento das áreas rurais ✓ Discrepância entre o número de estudos realizados no Paraguai (1), no Brasil (12) e na Argentina (21) ✓ Falta de revisão ética dos estudos ✓ Diferenças linguísticas, culturais, sociopolíticas e de sistemas de saúde entre os países ✓ Diferenças logísticas, financeiras e de recursos humanos entre países
Fatores externos	
Oportunidades	Desafios
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Similitude de intervenções entre países ✓ Aumento do turismo e da visibilidade local ✓ Aumento das atividades comerciais e do desenvolvimento econômico ✓ Aumento do número de trabalhos publicados e de pesquisas na área nos últimos dois anos do período da pesquisa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de estudos sobre DTNs prevalentes na região (teníase e cisticercose) ✓ Escassas informações sobre hanseníase, helmintíases transmitidas pelo solo e doença de Chagas (também prevalentes na região) ✓ Barreiras na cooperação e colaboração entre os países ✓ Circulação/mobilidade de bens, animais e pessoas entre as fronteiras

Fonte: elaboração própria.

Medidas para controle, prevenção e tratamento das DTNs

O objetivo deste estudo foi compreender como as DTNs têm sido prevenidas, controladas e tratadas na região da tríplice fronteira entre o Brasil, a Argentina e o Paraguai, destacando as interações entre os três países. Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam ser usados para subsidiar o desenho de estratégias voltadas para a eliminação das DTNs ainda prevalentes na região e prevenir o surgimento de novas doenças.

De acordo com os resultados desta revisão, na última década, vários estudos foram realizados nesses territórios, principalmente em 2017 e 2018, com ênfase em doenças transmitidas por vetores, como leishmaniose e dengue, que são bem conhecidas na América do Sul (World Health Organization, 2018).

Esses resultados destacam a prevalência problemática de doenças transmitidas por vetores nessa região e alguns dos esforços que foram feitos para enfrentá-los. As DTNs em questão não respeitam fronteiras e têm uma rápida disseminação nessa região de clima subtropical mesotérmico úmido. Assim, qualquer estratégia de controle de DTNs deve incluir os três países para maximizar os esforços e produzir resultados mais eficientes, custo-efetivos e sustentáveis a longo prazo. A falta de estudos conjuntos parece apontar a necessidade de desenvolver uma abordagem internacional que certamente melhorará o controle das doenças e capitalizará esforços e recursos.

Mais recentemente, um estudo ecológico avaliou o risco relativo de hanseníase envolvendo Misiones e o Sul do Brasil e apontou áreas fronteiriças como áreas de risco, principalmente entre Misiones (Argentina) e Paraná (Brasil), reforçando a necessidade de uma pesquisa que integre os diversos espaços da região (Silva-Sobrinho *et al.*, 2022).

Apesar de sua prevalência, estudos sobre hanseníase, helmintíases transmitidas pelo solo e doença de Chagas no período analisado revelaram-se escassos, assim como estudos sobre teníase e cisticercose. Não foram encontradas outras evidências ou informações relevantes a respeito da úlcera de Buruli, esquistossomose, raiva, trematodíases transmitidas por alimentos, tracoma ou equinococose, doenças classificadas como possíveis prevalentes para a região na análise preliminar. A fim de

evitar futuros surtos de doenças prevalentes desconhecidas e prevenir sua disseminação silenciosa, estudos epidemiológicos adicionais na região são recomendados.

As doenças negligenciadas têm sido estudadas nesta área nos últimos anos, mas separadamente para os três países. Provavelmente, a leishmaniose e a dengue são as mais estudadas devido aos recentes surtos, à detecção de casos de leishmaniose visceral, tanto em humanos quanto em cães, e à crescente necessidade de controle e eliminação do *Aedes aegypti*, um vetor comum de dengue, *chikungunya*, febre amarela e zika, tendo a dengue rápida disseminação pela América Latina (Aguirre-Obando; Martins; Navarro-Silva, 2017; World Health Organization, 2018).

Outras doenças prevalentes, como a hanseníase, a doença de Chagas e as helmintíases transmitidas pelo solo, parecem ser menos foco de estudos ou alvo de intervenções de saúde. No entanto, deve-se dar importância à circulação e à transmissão comunitária do *Mycobacterium leprae*, responsável pela hanseníase, bem como às necessidades de saúde dos pacientes e de seus cuidadores (Assis *et al.*, 2018; Silva-Sobrinho *et al.*, 2022). É fundamental também a implementação de medidas para evitar a transmissão congênita da doença de Chagas (Eirin *et al.*, 2017) e para o tratamento e prevenção de infecções infantis com helmintíases transmitidas pelo solo e outras parasitoses (Rivero *et al.*, 2017, 2018). Outro fator que pode influenciar quais doenças são objeto de uma intervenção em saúde é a importância dada nas políticas públicas às estratégias de saúde e à prevenção, controle e tratamento de doenças.

Os achados desses estudos refletem a importância das intervenções de controle vetorial na região, juntamente com o estudo da epidemiologia e dos mecanismos de transmissão, em particular da dengue e da leishmaniose. A rápida disseminação de DTNs através das fronteiras pode ser exemplificada usando o caso da leishmaniose. Em 2004, houve um surto de leishmaniose tegumentar americana em Puerto Iguazú, na Reserva 2000 Hectáreas (Mastrángelo; Salomón, 2010), e, em 2012, o flebotomíneo *Lutzomyia longipalpis* foi detectado pela primeira vez no estado do Paraná (Santos; Ferreira; Bisetto Junior, 2012). Após esses eventos, o parasita responsável pela leishmaniose visceral, *Leishmania infantum*, foi identificado pela primeira vez em cães em 2013, em Puerto Iguazú (Acosta *et al.*, 2015). No ano seguinte, a infecção natural por *L. infantum* teve sua confirmação pela primeira vez através da picada de *Nyssomyia whitmani* e *Migonemyia migonei* (Moya *et al.*, 2015), e, em 2015, o parasita

foi detectado em *Lutzomyia longipalpis*, *Ny. whitmani* e *Micropygomyia quinquefer*, também em Puerto Iguazú (Moya *et al.*, 2017).

Em 2015, a taxa de prevalência de *L. infantum* em cães atingiu 23,8 % em Foz do Iguazú (Thomas-Soccol *et al.*, 2017), sendo *Lu. longipalpis* a espécie de flebotomíneo prevalente, com sua distribuição relacionada à abundância de cães na cidade (Thomas-Soccol *et al.*, 2018). Embora não tenham sido encontrados dados sobre a prevalência de leishmaniose visceral em Ciudad del Este, um estudo publicado em 2017 identificou que havia mais casos de leishmaniose tegumentar americana nos municípios próximos à tríplice fronteira do que no restante do Departamento Alto Paraná, no Paraguai (Giménez-Ayala *et al.*, 2017). Ao longo dos anos, é notório como a leishmaniose visceral se espalhou na região da tríplice fronteira e se tornou prevalente, o que demanda estratégias integradas e intervenções de controle harmonizadas na área.

Considerações finais

A revisão identificou que as intervenções de saúde para o controle de DTNs na região da tríplice fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai) são semelhantes entre os países, com mobilidade e comunicação satisfatórias entre eles. No entanto, o acesso às áreas rurais e as lacunas de conhecimento sobre epidemiologia podem dificultar a implementação de medidas. O aumento do interesse, aliado ao acompanhamento do crescimento dos fluxos populacionais na área da tríplice fronteira, representa uma oportunidade para uma maior cooperação entre os países, por meio de uma abordagem intersetorial, holística e colaborativa.

Considerando os pontos fortes identificados, conclui-se que os países poderiam compartilhar recursos humanos, equipamentos e transportes entre os setores, a fim de reduzir o custo operacional e aumentar os resultados de saúde. As diferenças em termos de regulamentos nacionais (incluindo notificação de doenças em âmbito nacional), a implementação de responsabilidades obrigatórias nos regulamentos internacionais de saúde, a soberania sanitária, bem como projetos agroflorestais e turísticos com impacto econômico, devem ser levadas em consideração no planejamento conjunto de vigilância regular, intervenção e pesquisa baseadas em fronteiras.

Este estudo indica, por fim, a necessidade de implementação de intervenções de saúde que capacitem e envolvam as comunidades locais, além de estudos ambientais para abordar o impacto ecológico do desmatamento e seus efeitos na saúde animal e humana. Também destaca a importância dos estudos epidemiológicos adicionais, particularmente no Paraguai, a fim de entender e avaliar a prevalência de DTNs nas áreas de fronteira, por meio da implementação de exames diagnósticos regulares, tanto em humanos quanto em animais.

Referências

- ACOSTA, L. *et al.* Identification of *Leishmania infantum* in Puerto Iguazú, Misiones, Argentina. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 57, n. 2, p. 175-176, 2015. DOI: 10.1590/S0036-46652015000200013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/kgggbyqYVcFDnmz7CtZHRVhB/?lang=en>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- AGUIRRE-OBANDO, O. A.; MARTINS, A. J.; NAVARRO-SILVA, M. A. First report of the Phe1534Cys kdr mutation in natural populations of *Aedes albopictus* from Brazil. **Parasites & Vectors**, v. 10, n. 1, p. 1-10, 2017. DOI: 10.1186/s13071-017-2089-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28347326/>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- ASSIS, I. S. de *et al.* Social determinants, their relationship with leprosy risk and temporal trends in a tri-border region in Latin America. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 12, n. 4, e0006407, p. 1-17, 2018. DOI: 10.1371/journal.pntd.0006407. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006407>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- BANGERT, M. *et al.* The cross-cutting contribution of the end of neglected tropical diseases to the sustainable development goals. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 6, n. 1, art. 73, p. 1-20, 2017. Disponível em: <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-017-0288-0>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- CERRONI, M. de P.; CARMO, E. H. Magnitude das doenças de notificação compulsória e avaliação dos indicadores de vigilância epidemiológica em

- municípios da linha de fronteira do Brasil, 2007 a 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 617-628, dez. 2015. DOI: 10.5123/S1679-49742015000400004. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2025.
- COSTA, F.; FATTORE, G.; ABRIL, M. Diversity of containers and buildings infested with *Aedes aegypti* in Puerto Iguazú, Argentina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1802-1806, 2012. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000900019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/x6sbMbfRwdLYq9DwHLBQSHf/?lang=en>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- DIAS, J. C. P. Southern Cone Initiative for the elimination of domestic populations of *Triatoma infestans* and the interruption of transfusion Chagas disease: historical aspects, present situation, and perspectives. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 102, supl. 1, p. 11-18, 2007. DOI: 10.1590/S0074-02762007005000092. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mioc/a/PpdCBLSC3PgzhcYrCNBF9jz/?lang=en>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- DUQUE, L. J. E. *et al.* Dengue no estado do Paraná, Brasil: distribuição temporal e espacial no período 1995-2007. **Salud UIS**, v. 42, n. 2, p. 113-122, 2010. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072010000200004. Acesso em: 18 fev. 2025.
- EIRIN, M. E. *et al.* Health care importance of *Treponema pallidum*, Chagas' disease and *Human immunodeficiency virus 1* among Amerindians of Argentina: an observational study. **Revista Argentina de Microbiología**, v. 49, n. 4, p. 315-319, 2017. DOI: 10.1016/j.ram.2017.01.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0325754117300512?via%3Dihub>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- ESPINOSA, M. *et al.* Vertical transmission of dengue virus in *Aedes aegypti* collected in Puerto Iguazú, Misiones, Argentina. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 56, p. 165-167, 2014. DOI: 10.1590/S0036-46652014000200013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/6wtPnGjhs4nYvPyWTTmPqMK/?lang=en>. Acesso em: 18 fev. 2025.

- FERNÁNDEZ, M. S. *et al.* Assessment of the role of small mammals in the transmission cycle of tegumentary leishmaniasis and first report of natural infection with *Leishmania braziliensis* in two sigmodontines in northeastern Argentina. **Parasitology Research**, v. 117, n. 2, p. 405-412, 2018. DOI: 10.1007/s00436-017-5714-5.
- FERNÁNDEZ, M. S. *et al.* Phlebotominae fauna in a recent deforested area with American tegumentary leishmaniasis transmission (Puerto Iguazú, Misiones, Argentina): seasonal distribution in domestic and peridomestic environments. **Acta Tropica**, v. 122, n. 1, p. 16-23, 2012. DOI: 10.1016/j.actatropica.2011.11.006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22155061/>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- GIMÉNEZ-AYALA, A. *et al.* Epidemiological situation of leishmaniasis and perception of key actors in the department of Alto Paraná, Paraguay. **Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud**, v. 15, n. 2, p. 85-96, 2017. DOI: 10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015(02)85-096. Disponível em: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282017000200085&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 18 fev. 2025.
- GOMES, A. de C. *et al.* Specificity of the Adultrap for capturing females of *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae). **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n. 2, 2007. DOI: 10.1590/S0037-86822007000200014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/ZrppgsbTxMx6ynGRnZGwsXR/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- GUSTAVSEN, K.; SODAHLON, Y.; BUSH, S. Cross-border collaboration for neglected tropical disease efforts: lessons learned from onchocerciasis control and elimination in the Mano River Union (West Africa). **Globalization and Health**, v. 12, n. 1, p. 1-5, 2016. Disponível em: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-016-0185-5>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- HARBURGUER, L. *et al.* A new strategy for *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) control with community participation using a new fumigant formulation. **Journal of Medical Entomology**, v. 48, n. 3, p. 577-583, 2011. DOI:

10.1603/ME10074. Disponível em: <https://academic.oup.com/jme/article/48/3/577/883175>. Acesso em: 18 fev. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE divulga relação dos municípios na faixa de fronteira**. Brasília: Agência IBGE Notícias. 22 jun. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28009-ibge-divulga-relacao-dos-municipios-na-faixa-de-fronteira>. Acesso em: 16 jan. 2022.

LIBERATI, A. *et al.* The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 62, n. 10, p. e1-e34, 2009. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2009.06.006. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(09\)00180-2/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(09)00180-2/fulltext). Acesso em: 18 fev. 2025.

LUCIA, A. *et al.* Efficacy of a new combined larvicidal-adulticidal ultralow volume formulation against *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae), vector of dengue. **Parasitology Research**, v. 104, n. 5, p. 1101-1107, 2009. DOI: 10.1007/s00436-008-1294-8.

MACKEY, T. K. *et al.* Emerging and reemerging neglected tropical diseases: a review of key characteristics, risk factors, and the policy and innovation environment. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 27, n. 4, p. 949-979, 2014. DOI: 10.1128/CMR.00045-14. Disponível em: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/cmr.00045-14>. Acesso em: 18 fev. 2025.

MANTECA ACOSTA, M. *et al.* Evaluation of efficacy of impregnated curtains in experimental hen houses as a phlebotomine control tool in northeast Argentina. **Medical and Veterinary Entomology**, v. 31, n. 2, p. 161-166, 2017. DOI: 10.1111/mve.12221. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28106921/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

MASTRÁNGELO, A.; SALOMÓN, D. Contribution of social anthropology to ecoepidemiological comprehension of an American tegumentary leishmaniosis outbreak at 2.000ha, Iguazú, Argentina. **Revista Argentina de Salud Pública**, v. 1, n. 4, p. 6-13, 2010.

- MASUH, H. *et al.* *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae): monitoring of populations to improve control strategies in Argentina. **Parasitology Research**, v. 103, n. 1, p. 167-170, 2008. DOI: 10.1007/s00436-008-0945-0.
- MELO, H. A.; ROSSONI, D. F.; TEODORO, U. Effect of vegetation on cutaneous leishmaniasis in Paraná, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 113, n. 6, e170505, p. 1-7, 2018. DOI: 10.1590/0074-02760170505. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mioc/a/chbxSrJzfy4ZM5KZXWGkjpH/?lang=en>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- METHLEY, A. M. *et al.* PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 1, art. 579, p. 1-10, 2014. DOI: 10.1186/s12913-014-0579-0. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-014-0579-0>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- MOYA, S. L. *et al.* First description of *Migonemyia migonei* (França) and *Nyssomyia whitmani* (Antunes & Coutinho) (Psychodidae: Phlebotominae) natural infected by *Leishmania infantum* in Argentina. **Acta Tropica**, v. 152, p. 181-184, 2015. DOI: 10.1016/j.actatropica.2015.09.015.
- MOYA, S. L. *et al.* *Leishmania infantum* DNA detected in phlebotomine species from Puerto Iguazú City, Misiones province, Argentina. **Acta Tropica**, v. 172, p. 122-124, 2017. DOI: 10.1016/j.actatropica.2017.05.004.
- ORELLANO, P. *et al.* Estimation of expected dengue seroprevalence from passive epidemiological surveillance systems in selected areas of Argentina: a proxy to evaluate the applicability of dengue vaccination. **Vaccine**, v. 36, n. 7, p. 979-985, 2018. DOI: 10.1016/j.vaccine.2018.01.007.
- ORELLANO, P. W.; VAZQUEZ, N.; SALOMON, O. D. Cost-effectiveness of prevention strategies for American tegumentary leishmaniasis in Argentina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2459-2472, dez. 2013. DOI: 10.1590/0102-311X00172512. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HcyhP49q8LkG968nzhVHLDsg/?lang=en>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- PECH-MAY, A. *et al.* Genetic diversity, phylogeography and molecular clock of the *Lutzomyia longipalpis* complex (Diptera: Psychodidae). **PLoS Neglected**

- Tropical Diseases**, v. 12, n. 7, e0006614, p. 1-22, 2018. DOI: 10.1371/journal.pntd.0006614. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006614>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- PEITER, P. C. *et al.* Malaria in the triple border region between Brazil, Colombia and Peru. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2497-2512, 2013. DOI: 10.1590/0102-311X00042213. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XtdFSkF4HJwtZGMGd5jKQyM/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- PIRES-ALVES, F. Informação científica, educação médica e políticas de saúde: a Organização Pan-Americana da Saúde e a criação da Biblioteca Regional de Medicina-Bireme. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 899-908, 2008. DOI: 10.1590/S1413-81232008000300012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L5ypsM4WmygSCmMbXyrjVnm/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- PROPHIRO, J. S. *et al.* *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* (Diptera: Culicidae): coexistence and susceptibility to temephos, in municipalities with occurrence of dengue and differentiated characteristics of urbanization. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 3, p. 300-305, 2011. DOI: 10.1590/S0037-86822011005000025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/5ks5sPTvFvXy4hQQkVjxdMP/?lang=en>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- RIVAS, A. V. *et al.* Building infestation index for *Aedes aegypti* and occurrence of dengue fever in the municipality of Foz do Iguaçu, Paraná, Brazil, from 2001 to 2016. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 51, n. 1, p. 71-76, 2018. DOI: 10.1590/0037-8682-0228-2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/zwjgSrXmFyRHGhSdVTGZPqw/?lang=en>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- RIVERO, M. R. *et al.* Environmental and socio-demographic individual, family and neighborhood factors associated with children intestinal parasitoses at Iguazú, in the subtropical northern border of Argentina. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 11, n. 11, e0006098, 2017. DOI: 10.1371/journal.pntd.0006098. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006098>. Acesso em: 18 fev. 2018.

- RIVERO, M. R. *et al.* Intestinal parasitism and nutritional status among indigenous children from the Argentinian Atlantic Forest: determinants of enteroparasites infections in minority populations. **Acta Tropica**, v. 187, p. 248-256, 2018. DOI: 10.1016/j.actatropica.2018.08.015.
- SALOMÓN, O. D. *et al.* Epidemiological aspects of cutaneous leishmaniasis in the Iguazú falls area of Argentina. **Acta Tropica**, v. 109, n. 1, p. 5-11, 2009. DOI: 10.1016/j.actatropica.2008.08.002.
- SANTINI, M. S. *et al.* Co-occurrence and seasonal and environmental distributions of the sandflies *Lutzomyia longipalpis* and *Nyssomyia whitmani* in the city of Puerto Iguazú, northeastern Argentina. **Medical and veterinary entomology**, v. 32, n. 2, p. 197-205, 2018. DOI: 10.1111/mve.12283. Disponível em: <https://resjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mve.12283>. Acesso em: 18 fev. 2018.
- SANTINI, M. S. *et al.* Spatial distribution of Phlebotominae in Puerto Iguazú-Misiones, Argentina-Brazil-Paraguay border area. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 55, n. 4, p. 239-243, 2013. DOI: 10.1590/S0036-46652013000400004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/QVXYsbLcCK94FxfjQv3CCHr/?lang=en>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- SANTOS, D. R. dos; FERREIRA, A. C.; BISETTO JUNIOR, A. The first record of *Lutzomyia longipalpis* (Lutz & Neiva, 1912) (Diptera: Psychodidae: Phlebotominae) in the State of Paraná, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 45, p. 643-645, 2012. DOI: 10.1590/S0037-86822012000500019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/MNvxBGyPztpvkrJQpZprQSp/?lang=en>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- SILVA, A. M. da *et al.* Diversity, distribution and abundance of sandflies (Diptera: Psychodidae) in Paraná state, southern Brazil. **Neotropical Entomology**, v. 37, n. 2, p. 209-225, 2008. DOI: 10.1590/S1519-566X2008000200017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ne/a/fxzqjbQCTT7XMnLyCz3gBHL/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- SILVA-SOBRINHO, R. A. da; MATHIAS, T. A. de F. Prospects for the elimination of leprosy as a public health problem in the State of Paraná, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 303-314, 2008. DOI: 10.1590/

- S0102-311X2008000200009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/T5LS4XkXRZYMxCvQr6Bvcxb/?lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- SILVA-SOBRINHO, R. A. *et al.* Risk areas for the occurrence of leprosy in border countries of South America-Brazil and Argentina. **PLoS One**, v. 17, n. 11, e0276977, p. 1-14, 2022. Disponível em: 10.1371/journal.pone.0276977. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0276977>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- THOMAZ-SOCCOL, V. *et al.* Hidden danger: unexpected scenario in the vector-parasite dynamics of leishmaniasis in the Brazil side of triple border (Argentina, Brazil and Paraguay). **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 12, n. 4, e0006336, p. 1-25, 2018. DOI: 10.1371/journal.pntd.0006336. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006336>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- THOMAZ-SOCCOL, V. *et al.* More than the eyes can see: the worrying scenario of canine leishmaniasis in the Brazilian side of the triple border. **PLoS One**, v. 12, n. 12, e0189182, p. 1-18, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0189182. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0189182>. Acesso em: 18 fev. 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neglected tropical diseases**. 2018. Disponível em: http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/. Acesso em: 19 dez. 2018.



Infecção por tuberculose e/ou HIV e fatores sociocomportamentais associados, num grupo de imigrantes, em Portugal

Rhaisa Farias da Silva · Inês Fronteira

A tuberculose (TB) associada ao vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/aids) é um dos maiores ônus à saúde pública global. Um dos fatores de risco mais conhecidos para o desenvolvimento da TB ativa é a infecção por HIV, tanto por reativação do bacilo de Koch latente, *Mycobacterium tuberculosis*, quanto por reinfeção (Pawlawski *et al.*, 2012). Globalmente, as pessoas que vivem com HIV têm de vinte a quarenta vezes mais chances de desenvolver TB ativa do que pessoas sem HIV (World Health Organization, 2020). A sinergia entre as duas doenças acelera a deterioração das funções imunológicas e resulta em altas taxas de morbidade e mortalidade (Tavares *et al.*, 2017).

A TB é uma infecção oportunista que causa exacerbação da carga viral e a diminuição da contagem de linfócitos CD4 em indivíduos HIV positivos. Por sua vez, o HIV aumenta o risco de progressão da TB e pode alterar sua patogênese, levando a baciloscopia negativa, radiografia de tórax atípica e manifestações

extrapulmonares — podendo, assim, a TB escapar dos procedimentos de diagnósticos de rotina (Montales *et al.*, 2015).

Além disso, o efeito repressivo sobre o sistema imunológico, as interações medicamentosas, as toxicidades cumulativas de drogas sobrepostas e a TB resistente às múltiplas drogas são outros desafios enfrentados pelos pacientes para o tratamento da coinfeção (Montales *et al.*, 2015).

A epidemiologia da TB se reflete nos determinantes socioeconômicos da saúde, como as condições sociais, políticas e econômicas nas quais as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Embora os países com recursos limitados apresentem uma maior prevalência da TB, do HIV e da coinfeção TB-HIV, a globalização e a migração são fatores importantes na disseminação dessas doenças infecciosas (World Health Organization, 2020). Estudos mostram que imigrantes correm maior risco de contrair TB e/ou HIV do que a população local, o que sugere uma maior vulnerabilidade dessas populações (Tavares *et al.*, 2017).

Os obstáculos enfrentados pelos imigrantes podem já estar presentes no país de origem, através de contatos prévios com agentes infecciosos (fase pré-migração), durante a viagem (fase migratória) e nas condições de vida no país de destino (fase pós-migratória) (Carballo; Nerurkar, 2001). As adversidades enfrentadas no país de destino, como barreiras linguísticas e culturais, recursos socioeconômicos limitados, habitações em ambientes degradados e insalubres, condições laborais precárias, desnutrição, afastamento das relações familiares, consumo de álcool e tabaco, uso de drogas ilícitas e dificuldade de acesso aos cuidados de saúde — principalmente nos casos de imigrantes em situação legal irregular —, potencializam a exposição a riscos para doenças infecciosas, como a TB e o HIV (Tavares *et al.*, 2019; Vang *et al.*, 2015).

Na região europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS), estudos relatam prevalências significativamente mais altas de coinfeção TB-HIV entre imigrantes em comparação com nacionais (Tavares *et al.*, 2017). Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de TB, com taxa de notificação de dezoito casos por 100 mil habitantes em 2019, dos quais 25 % ocorreram em imigrantes. Os distritos de Lisboa e do Porto registraram as taxas de notificação mais elevadas (26,5 e 25,7 casos por 100 mil habitantes, respectivamente) (Portugal, 2020). Estudos anteriores realizados nesse país relataram que áreas com condições de vida precárias e maior

densidade de imigrantes apresentaram um risco mais elevado de infecção por TB e de alta prevalência de HIV/aids (Couceiro; Santana; Nunes, 2011).

A Constituição portuguesa estabelece que todos os cidadãos, incluindo imigrantes, têm o direito de serem atendidos no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em princípio, todos os meios de saúde existentes devem ser disponibilizados na exata medida das necessidades de cada indivíduo, independentemente das suas condições econômicas, sociais e culturais (Portugal, 2001). Neste sentido, de acordo com a legislação em vigor, os imigrantes autorizados a residir em Portugal têm os mesmos direitos dos cidadãos portugueses de aceder aos serviços de saúde oficiais e aos medicamentos (Portugal, 2009).

Os imigrantes que não sejam titulares de autorização de residência ou que se encontrem em situação irregular de migração têm acesso ao SNS mediante a apresentação de um documento emitido pela junta de freguesia da sua área de residência, certificando que residem em Portugal há mais de noventa dias. Em matéria de pagamentos, os imigrantes sem autorização de residência estarão isentos de taxas moderadoras nos mesmos termos que a população geral se contagiados por doenças transmissíveis que representem perigo ou ameaça para a saúde pública, como a TB e o HIV/aids, por exemplo (Portugal, 2009).

No entanto, estudos realizados sobre as experiências dos imigrantes no acesso e na utilização dos serviços de saúde revelam que essas populações têm enfrentado barreiras, embora legalmente elas inexistam no país. Tal situação agrava o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico tanto da TB como do HIV/aids (Linhas *et al.*, 2019). Um estudo realizado com mulheres brasileiras e africanas residentes em Lisboa, Portugal, revelou percepções e experiências negativas no acesso e na utilização do SNS relacionadas à situação legal, questões econômicas e tratamento discriminatório por parte dos profissionais de saúde (Dias; Gama; Rocha, 2010).

Por sua vez, muitos profissionais da saúde relatam ter conhecimentos, competências e treinamentos limitados sobre o contexto social e de saúde dos pacientes imigrantes e estar submetidos a altas cargas de trabalho, que os impedem de conciliar os cuidados da TB e do HIV/aids com outras tarefas de rotina. Além disso, um terço desses profissionais considera que os imigrantes já chegam aos serviços de saúde em estágio intermediário ou avançado de TB (Tavares *et al.*, 2019). Muitos imigrantes, inclusive, revelam desconhecimento sobre a doença e seus principais sintomas;

por exemplo, associam a tosse e o cansaço com o hábito de fumar ou com o estilo de vida, permitindo, assim, o agravamento da doença (Tavares *et al.*, 2019).

Nesse sentido, é necessário aumentar os esforços para combater as desigualdades e promover uma maior integração dos imigrantes nos países de acolhimento, seja na interação social, seja no âmbito da saúde. No contexto da coinfeção TB-HIV, vários países avançaram de maneira significativa, mas muitas metas globais ainda não foram alcançadas, principalmente entre as populações imigrantes (World Health Organization, 2020).

Este capítulo objetiva descrever a distribuição da TB, do HIV e da coinfeção TB-HIV, e alguns fatores sociocomportamentais associados, em imigrantes que, em 2019, residiam na área metropolitana de Lisboa e utilizavam os serviços de uma organização não governamental (ONG) que presta cuidados a essa população.

Concepção do estudo

De fevereiro a junho de 2019, foi realizado um estudo transversal, quantitativo e descritivo, no âmbito de um projeto de pesquisa mais alargado que visou a aplicação de um estudo piloto de um método de rastreio sindrômico de TB, de base comunitária, com imigrantes que frequentavam uma ONG na Grande Lisboa, uma das áreas de Portugal com maior concentração de imigrantes. Essa ONG funciona desde o início dos anos 2000 e tem vários projetos que abordam as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e a TB em populações vulneráveis, incluindo imigrantes.

Uma amostragem intencional foi utilizada com inclusão sequencial de todos os participantes elegíveis que se apresentaram na ONG entre 22 de fevereiro e 26 de junho de 2019, resultando em um total de cem imigrantes. O tamanho da amostra foi determinado pelo orçamento disponível para coleta e cultura de escarro e pelo tempo para realizar o estudo acordado com o financiador. Os critérios de inclusão dos participantes foram: 1) ser imigrante (com nacionalidade não portuguesa ou dupla nacionalidade); 2) ser maior de 18 anos; e 3) ser usuário dos serviços da ONG.

Foram delineadas três fases para coletar os dados: 1) aplicação de questionário anônimo e fechado sobre características sociodemográficas, comportamentos e práticas em relação ao HIV e à TB; 2) teste rápido de HIV, incluindo aconselhamento

pré e pós-teste; e 3) coleta de amostras de escarro. Os participantes tiveram a opção de apenas responder o questionário, sem fazer o teste de HIV ou de escarro, ou de realizar o teste e/ou a coleta de escarro sem responder o questionário.

A coleta dos dados ocorreu em espaços apropriados, proporcionando privacidade e conforto aos participantes. O questionário foi aplicado pela equipe da ONG, treinada para a aplicação deste estudo. Após responder o questionário, os participantes que desconheciam sua condição sorológica ou que já haviam testado HIV negativo foram convidados a fazer o teste rápido anti-HIV. O teste foi realizado seguindo as orientações da ONG, que já prestava esse serviço aos seus usuários.

A amostra de escarro foi solicitada aos participantes que apresentassem pelo menos quatro dos cinco sintomas sugestivos de TB (febre, emagrecimento, sudorese noturna, tosse há mais de três semanas e cansaço intenso).

Os dados recolhidos incluíram idade, gênero, caracterização do estatuto de imigrante, situação profissional, escolaridade, rendimento mensal, caracterização da residência, agregado familiar, peso, altura, comorbidades, consumo de álcool, tabaco e outras substâncias, práticas sexuais, *status* sorológico do HIV, sintomas de TB, história prévia de TB, história de TB entre contatos e tratamento para TB.

A análise estatística descritiva foi realizada usando o programa IBM SPSS Statistics. Os dados foram descritos por meio de medidas de tendência central (média aritmética, mediana e moda) e dispersão (desvio padrão, intervalo, valores mínimos e máximos), contagens e frequências relativas de acordo com a natureza das variáveis em análise.

A participação foi voluntária, e o consentimento por escrito foi obtido de todos os participantes. As informações foram tratadas com sigilo. O estudo recebeu aprovação da Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.

Dados sociocomportamentais

Entre os cem imigrantes incluídos neste estudo, a maioria era da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) (85 %), sendo 63 % originários do Brasil. A Tabela 1 mostra os países de origem dos participantes.

Tabela 1 – Distribuição dos imigrantes participantes da pesquisa por país de origem do próprio, do pai e da mãe

País de origem	Imigrante	Pai	Mãe
Brasil e América do Sul	66	64	64
PALOP*	22	20	21
União Europeia	7	12	12
Outros	5	4	3
Total	100	100	100

* Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

Fonte: elaboração própria.

A média de idade desses imigrantes foi de 33,2 anos (DP = 9,4), sendo a idade mais frequente de 25 anos. Sessenta por cento eram do sexo feminino, entre as quais oito eram mulheres transexuais. A maioria (64 %) tinha migrado para Portugal há um ano ou mais, principalmente durante o ano de 2017. No entanto, quase metade dos participantes (41 %) estava em situação migratória irregular (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos imigrantes participantes da pesquisa por características sociodemográficas (valor absoluto: N; frequência acumulada: % acum)

Gênero	N	
feminino	52	
masculino	39	
transexual masculino para feminino	8	
não binário	1	
Tempo de residência em Portugal	N	% acum
menos de um ano	33	33,0
um ano ou mais	64	97,0
não reside em Portugal	3	100,0
Anos de escolaridade	N	% acum
ensino médio incompleto	52	52,0
ensino médio completo	8	60,0

ensino superior	39	99,0
não respondeu	1	100,0
Rendimento mensal do agregado familiar	N	% acum
menos de 250 euros	9	9,0
251 a 500 euros	8	17,0
501 a 1.000 euros	40	57,0
1.001 a 1.500 euros	21	78,0
mais de 1.500 euros	20	98,0
não respondeu	2	100,0
Situação profissional	N	
aposentado(a)	1	
estudante	13	
trabalhador(a)-estudante	6	
empregado(a)	61	
desempregado(a)	17	
doméstico(a)	2	
Tipo de habitação	N	
casa própria/alugada	69	
casa de familiares/amigos	15	
outro/quarto	15	
centro de acolhimento	1	
Situação de migração	N	
regular	58	
em regularização	22	
irregular	19	
não respondeu	1	

Fonte: elaboração própria.

A maioria dos imigrantes tinha ensino médio incompleto (52 %), 17 % estavam desempregados e, entre os ocupados (63 %), quatorze realizavam trabalho sexual. Nove por cento pertenciam a um agregado familiar com rendimento mensal de até 250 € e 8 % viviam em um agregado familiar com um rendimento mensal de 251 a 500 €. Quatorze por cento dos imigrantes residiam em quarto em casa partilhada,

15 % em casa de amigos ou familiares, uma pessoa afirmou residir em um automóvel e outra em um centro de acolhimento (Tabela 2). Em média, os imigrantes viviam em um espaço com três divisões (mediana = 3, IR = 2, min. = 0; máx. = 7), compartilhado com mais duas pessoas (mediana = 2, IR = 2, min. = 0 e máx. = 12).

A maioria dos imigrantes ingeria bebidas alcoólicas (85 %), e 32 % o faziam duas ou mais vezes por semana. Quanto ao consumo de tabaco, 41 % dos imigrantes fumavam, e 19 % o faziam diariamente. A média de cigarros fumados por dia foi de 7,3 (DP = 8,2 cigarros). Até metade dos imigrantes com hábitos tabágicos fumavam quatro cigarros por dia, sendo o hábito mais referido o consumo de um cigarro por dia (min. = 0; máx. = 40 cigarros).

Quase metade (40 %) dos imigrantes relatou o uso de drogas ilícitas, e uma pessoa disse ter compartilhado material injetável nos últimos doze meses. Sobre o uso do preservativo nas relações sexuais, a maioria (77 %) dos imigrantes revelou nunca ter usado preservativo ou usado apenas esporadicamente. Além disso, 9 % relataram ter tido relações sexuais com um parceiro soropositivo nos últimos doze meses e 63 % relataram não conhecer a condição sorológica das pessoas com quem tiveram relações sexuais (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos comportamentos e práticas dos imigrantes participantes da pesquisa (valor absoluto: N; frequência acumulada: % acum)

Ingestão de bebidas alcoólicas	N	% acum
nunca	15	15,0
1 vez por mês ou menos	26	41,0
2 a 4 vezes por mês	27	68,0
2 a 3 vezes por semana	24	92,0
4 ou mais vezes por semana	8	100,0
Número de bebidas	N	% acum
1 ou 2	48	48,0
3 ou 4	19	67,0
5 ou 6	8	75,0
7 a 9	5	80,0

10 ou mais	4	84,0
não se aplica	15	99,0
não sabe ou não respondeu	1	100,0
Consumo de tabaco	N	
nunca	59	
ocasionalmente	22	
diariamente	19	
Consumo de droga ilícita nos últimos doze meses	N	
não consumiu	60	
consumiu drogas como ecstasy, haxixe, heroína, cocaína ou anfetaminas	40	
Frequência do uso do preservativo nos últimos doze meses	N	
nunca ou às vezes	72	
usou sempre	21	
não respondeu	7	
Relações sexuais com alguém HIV positivo	N	
sim	9	
não	25	
não sabe	59	
não respondeu	7	

Fonte: elaboração própria.

Infecção por TB

Apenas um imigrante relatou ter coinfeção por HIV e TB extrapulmonar (prevalência de 1 %). Era a primeira vez que essa pessoa estava sendo tratada de tuberculose. O tratamento havia começado um mês antes do estudo. Nesse caso de coinfeção, não foram identificadas comorbidades. Outros três imigrantes afirmaram que já haviam feito tratamento para o que os profissionais de saúde haviam dito ser TB (há 75 e 156 meses; o terceiro participante não sabia precisar a época).

Em relação aos exames de TB, 31 % ($n = 31$) dos imigrantes afirmaram já ter feito algum exame para saber se estavam com a infecção. Em média, os entrevistados fizeram exames de TB há 6,3 anos ($DP = 6,2$). Metade fizera há cinco anos (mín. = 1 e máx. = 27). Quatorze por cento ($n = 14$) não sabia se vivia com pessoas que tinham TB.

Relativamente aos cinco sintomas sugestivos de TB, dois imigrantes referiram tosse, sudorese noturna e cansaço intenso, e outros dois relataram perda de peso, sudorese noturna e cansaço intenso. Pelo menos um sintoma foi relatado por 28 % ($n = 28$) dos imigrantes, dois sintomas por oito imigrantes e três sintomas por cinco imigrantes. Além dos sintomas de TB referidos, os imigrantes também mencionaram patologias, como asma ($n = 7$), bronquite crônica, doença obstrutiva crônica ou enfisema ($n = 4$) e diabetes ($n = 3$).

Apenas um participante preencheu os critérios para coleta de escarro, relatando pelo menos quatro sintomas sugestivos de TB. No entanto, a avaliação preliminar no laboratório mostrou que a amostra coletada não tinha qualidade suficiente para ser processada.

Infecção por HIV

No estudo, 13 % ($n = 13$) dos imigrantes responderam nunca haver feito teste de HIV, enquanto 86 % ($n = 86$) já o tinham feito em algum momento da vida (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos imigrantes relativamente à realização do teste para o HIV, estatuto sorológico e tomada de medicação antirretroviral

Realização prévia de teste para o HIV	
não	13
sim	86
não sabe ou não respondeu	1
Status sorológico	
negativo	81
positivo	17
não sabe	2

Faz uso de medicação para o HIV/aids	
não	20
sim	19
não respondeu	61

Fonte: elaboração própria.

Dos 86 % que já haviam feito o teste de HIV, 41,3 % o tinham feito há pelo menos um ano, e 19,6 % haviam sido testados em seu país de origem. Entre os imigrantes estudados, 17 viviam com HIV (prevalência de 17 %) e todos faziam uso de antirretrovirais. Adicionalmente, outros dois participantes, que não eram soropositivos, afirmaram estar tomando medicação para profilaxia pré-exposição (PrEP). O teste rápido foi realizado em 83 imigrantes, e todos obtiveram resultado negativo para HIV.

Considerações finais

Este estudo teve como objetivo descrever a distribuição de TB, HIV e coinfeção TB-HIV, assim como os fatores sociocomportamentais associados a uma amostra intencional de imigrantes residentes na área metropolitana de Lisboa, Portugal, que frequentavam uma ONG de apoio a essa população em 2019.

Apenas um imigrante entre os cem recrutados teve coinfeção por HIV e TB extrapulmonar, encontrando-se sob tratamento e acompanhamento médico. O caso tinha sido previamente diagnosticado à altura da aplicação do estudo. Não foram identificados outros casos de tuberculose não diagnosticados, embora três dos participantes tenham relatado tratamento para TB pulmonar no passado, sendo dois soropositivos.

A pandemia de HIV/aids influenciou no aumento de casos de tuberculose extrapulmonar (World Health Organization, 2020). Em Portugal, entre 1983 e 2018, foram diagnosticados cumulativamente 22.551 casos de aids, entre os quais a TB pulmonar e a TB extrapulmonar eram as patologias mais frequentemente referidas como definidoras de aids (25,6 % e 20,4 %, respectivamente) (Portugal, 2020).

É possível que, neste estudo, o método utilizado para decidir se o imigrante deveria ser testado ou não para tuberculose tenha contribuído para uma subestimação da doença, e a própria técnica pode não ter sido realizada de acordo com as

diretrizes recomendadas, influenciando os resultados. É necessário considerar que o diagnóstico da TB ativa não se baseia apenas nos sintomas, mas também nos resultados da radiografia de tórax e em estudos microbiológicos, o que implica a coleta de três amostras de escarro.

Uma alta prevalência de infecção pelo HIV (17 %) foi revelada nos imigrantes estudados. Dos dezessete imigrantes soropositivos, dezesseis eram originários da África e da América Latina. Esse resultado vai ao encontro dos dados oficiais de casos de HIV diagnosticados em Portugal em 2020, que mostram que os imigrantes são afetados desproporcionalmente por essa infecção (43,1 % dos casos) (Portugal, 2020). No entanto, é importante salientar que a elevada prevalência observada pode ter sido influenciada pelo fato de a ONG onde os imigrantes foram recrutados trabalhar em estreita colaboração com pessoas infectadas pelo HIV.

Nosso estudo identificou entre os imigrantes vários comportamentos que aumentam o risco de infecção pelo HIV. Por exemplo, quase três quartos dos imigrantes relataram não usar ou usar raramente preservativos durante as relações sexuais; mais da metade desconhecia o *status* sorológico do parceiro sexual e 14 % realizavam trabalho sexual.

Esses resultados indicam a extrema importância de políticas de saúde pública abrangentes e baseadas em programas de conscientização para a prevenção do HIV e de outras ISTs e facilitação do acesso a preservativos para um uso consistente, assim como de uma maior cobertura de testes rápidos pelos profissionais de saúde. Relativamente à TB, é importante pensar em intervenções locais e feitas sob medida para essas populações, que podem incluir equipes de proximidade ou tratamento diretamente observado, além de atividades de educação em saúde, principalmente para os grupos mais vulneráveis: imigrantes com dificuldades socioeconômicas e marginalizados, bem como aqueles com a situação legal irregular.

O desemprego, a baixa renda, o baixo grau de instrução, o uso de drogas ilícitas e o consumo regular de tabaco foram fatores comuns entre os imigrantes estudados, o que aponta desvantagens socioeconômicas que aumentam o risco de contrair tanto o HIV quanto a TB. De fato, as circunstâncias sociais, o estilo de vida e a falta de conhecimento sobre a TB por parte de muitos imigrantes podem influenciar no baixo grau de suspeição da doença no estágio inicial, no diagnóstico tardio, no absentismo de pacientes às consultas médicas agendadas e no abandono do tratamento,

o que favorece o aparecimento de bacilos resistentes aos fármacos e a possibilidade de transmissão da doença na comunidade (Machado; Couto; Viveiros, 2019).

Portanto, embora este estudo tenha limitações relacionadas ao seu desenho amostral e natureza descritiva, incluiu um número significativo de imigrantes em situação irregular. É frequente esse grupo ser excluído de estudos semelhantes, o que dificulta a compreensão de suas necessidades de saúde. No entanto, sabe-se que essa população tende a enfrentar maiores obstáculos, muitas vezes relacionados à escassez de recursos socioeconômicos, barreiras de comunicação, desafios burocráticos nos serviços de proteção social, falta de acesso à maioria dos cuidados de saúde e desconhecimento dos seus direitos, o que lhe infunde o medo de ser denunciada e deportada do país (Deblonde *et al.*, 2015).

A partir dos dados apresentados sobre a distribuição da TB e do HIV entre os imigrantes residentes na região metropolitana de Lisboa, bem como sobre os fatores sociocomportamentais associados, recomendamos a triagem dessa população para TB — considerando as desvantagens de saúde e a alta prevalência da doença entre esse grupo, descrita também nas estatísticas oficiais. Salientamos que os resultados deste estudo podem servir de base para pesquisas mais abrangentes, eventualmente contribuindo para ajustes nas políticas de saúde sobre rastreamento de infecção latente e diagnóstico de TB voltados para populações culturalmente diversas.

Referências

- CARBALLO, M.; NERURKAR, A. Migration, refugees, and health risks. **Emerging Infectious Diseases**, v. 7, n. 3, p. 556-560, 2001. DOI: 10.3201/eid0707.017733. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/7/7/01-7733_article#. Acesso em: 17 maio 2019.
- COUCEIRO, L.; SANTANA, P.; NUNES, C. Tuberculose pulmonar e fatores de risco em Portugal: uma análise espacial. **International Union Against Tuberculosis and Lung Disease**, v. 15, n. 11, p. 1445-1454, 2011. DOI: 10.5588/ijtld.10.0302.
- DEBLONDE, J. *et al.* Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the

- EU/EEA. **BMC Public Health**, v. 15, art. 1228, p. 1-13, 2015. DOI: 10.1186/s12889-015-2571-y. Disponível em: <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2571-y>. Acesso em: 20 fev. 2025.
- DIAS, S. *et al.* Health policies, patterns and barriers to migrants' access to primary health care. In: ROSANO, A. (ed.). **Access to primary care and preventative health services of migrants**. [S. l.]: Springer, 2018. p. 99-109. DOI: 10.1007/978-3-319-73630-3_9.
- DIAS, S.; GAMA, A.; ROCHA, C. Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: insights from a focus group study. **Journal of Public Health**, v. 18, n. 5, p. 489-496, 2010. DOI: 10.1007/s10389-010-0326-x. Disponível em: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/13500>. Acesso em: 21 abr. 2025.
- LINHAS, R. *et al.* Immigrants' access to health care: problems identified in a high-risk tuberculosis population. **Pulmonology**, v. 1, n. 1, p. 32-39, 2019. DOI: 10.1016/j.pulmoe.2018.04.002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2531043718300710?via%3Dihub>. Acesso em: 20 fev. 2025.
- MACHADO D.; COUTO I.; VIVEIROS, M. Advances in the molecular diagnosis of tuberculosis: from probes to genomes. **Infection Genetics and Evolution**, v. 72, p. 93-112, 2019. DOI: 10.1016/j.meegid.2018.11.021.
- MONTALES, M. T. *et al.* HIV-associated TB syndemic: a growing clinical challenge worldwide. **Frontiers in Public Health**, v. 3, art. 281, p. 1-7, 2015. DOI: 10.3389/fpubh.2015.00281. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2015.00281/full>. Acesso em: 25 fev. 2025.
- PAWLOWSKI, A. *et al.* Tuberculosis and HIV co-infection. **PLoS Pathogens**, v. 8, n. 2, e1002464, p. 1-7, 2012. DOI: 10.1371/journal.ppat.1002464. Disponível em: <https://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1002464>. Acesso em: 20 mar. 2019.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho nº 25360/2001 (2ª série), de 12 de dezembro. **Diário da República nº 286/2001**. Lisboa: série II, p. 20597-20598, 12 dez. 2001.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. **Acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde**. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde/Divisão da Mobilidade de Doentes, 2009. Circular informativa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsdmd-de-07052009-pdf.aspx>. Acesso em: 20 fev. 2025.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. **Infecção VIH e SIDA em Portugal – 2020**. Lisboa: DGS: INSA, 2020. Disponível em: <https://www.sip-spp.pt/media/fkjdhxau/relatvihsida2020pdf.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2025.
- TAVARES, A. M. *et al.* HIV and tuberculosis co-infection: a systematic review on the prevalence, incidence and mortality among migrants in Europe. **PLoS One**, v. 9, n. 9, e0185526, p. 1-16, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0185526. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0185526>. Acesso em: 16 fev. 2019.
- TAVARES A. M. *et al.* Tuberculosis care for migrant patients in Portugal: a mixed methods study with primary healthcare providers. **BMC Health Services Research**, v. 19, art. 233, 2019. DOI: 10.1186/s12913-019-4050-0. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4050-0>. Acesso em: 15 mar. 2019.
- VANG, Z. *et al.* The healthy immigrant effect in Canada: a systematic review. **Population Change Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion**, v. 3, n. 1, art. 4, p. 1-43, 2015. Disponível em: <https://ir.lib.uwo.ca/plc/vol3/iss1/4>. Acesso em: 16 fev. 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2020**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>. Acesso em: 30 mar. 2021.



Tuberculose e migração internacional: uma visão a partir da epidemiologia crítica

Sonia Vivian de Jezus · Yan Mathias Alves · Ricardo Alexandre Arcêncio · Adriana Ilha da Silva · Ethel Leonor Noia Maciel

A tuberculose (TB) é um grave problema de saúde mundial que desafia as políticas de saúde pública. Considerada como uma emergência global, está entre as doenças que mais matam no mundo. Apesar dos avanços com relação ao diagnóstico, desenvolvimento de novos fármacos, vacinas preventivas e novos regimes encurtados de tratamento, o cenário ainda é preocupante (Brasil, 2019; World Health Organization, 2020).

Estima-se que, em 2020, a tuberculose tenha acometido cerca de 9,9 milhões de pessoas no mundo, sendo responsável por 1,3 milhão de óbitos entre indivíduos não infectados pelo HIV. Até 2019, essa doença era a principal causa de óbito por um único agente infeccioso, tendo sido ultrapassada pela covid-19 a partir de 2020 (Brasil, 2022).

No Brasil, em 2021, foram notificados 68.271 novos casos de tuberculose, o que equivale a um coeficiente de incidência de 32 casos por 100 mil habitantes. O número de óbitos registrados no país em 2020 foi de 4.543, correspondendo a um coeficiente

de mortalidade de 2,1 óbitos por 100 mil habitantes. Observou-se que onze unidades federativas (UF) tiveram coeficientes de incidência superiores à média nacional (32 casos de TB por 100 mil habitantes), destacando-se os estados do Amazonas, Rio de Janeiro, Roraima, Acre, Pernambuco, Pará, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Amapá e São Paulo (Brasil, 2022).

Epidemiologia crítica para o estudo da tuberculose em migrantes internacionais

Ao estratificar a frequência dos casos de tuberculose por tipo de população vulnerável no período de 2015 a 2021, registrou-se uma variação de 335 a 427 casos em imigrantes (Brasil, 2022). A vulnerabilidade à tuberculose é influenciada por fatores biológicos que levam à redução da resposta imunológica. Em outras situações, a vulnerabilidade é do tipo social, quando os indivíduos estão expostos a um maior risco de contato com o *Mycobacterium tuberculosis*. Nesses casos, o adoecimento pode resultar de condições precárias de moradia, desnutrição, condições de trabalho inadequadas e serviços de saúde inacessíveis. Além disso, os pacientes enfrentam a perda da capacidade laboral quando estão doentes (Moreira; Kritski; Carvalho, 2020).

Essas vulnerabilidades podem se somar, em particular, nos países mais pobres e nas periferias das metrópoles, onde o estado imunológico do indivíduo é influenciado por determinantes sociais que desencadeiam ou favorecem condições que incrementam o risco de tuberculose ativa e latente (Moreira; Kritski; Carvalho, 2020).

Metas ousadas foram propostas em 2015 durante a Assembleia Mundial da Saúde para o fim da tuberculose (The End TB Strategy) até 2035, com a definição de estratégias amplas para a superação dos determinantes sociais e a priorização de grupos de risco, especialmente pessoas vulneráveis, como os migrantes internacionais e refugiados, devido aos impactos sociais na saúde (World Health Organization, 2015, 2020).

No processo migratório internacional, diversas situações de estresse são vivenciadas, como dificuldades de comunicação, de alimentação, de habitação, de transporte, diferenças culturais, falta de trabalho e a motivação da migração (Abubakar *et al.*, 2018). Vale destacar que cerca de 80 % dos refugiados estão realocados em países de baixa ou média renda e vivendo em campos, abrigos e assentamentos superlotados,

cujos sistemas de saúde e saneamento básico já estavam sobrecarregados, mesmo antes da sua chegada (Acnur, 2020).

Sabe-se que o recrudescimento da tuberculose está atrelado a diversos fatores. Portanto, ao abordar o processo de adoecimento em migrantes internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio com tuberculose, este capítulo corrobora a perspectiva da epidemiologia social ou crítica. Esse modelo teórico surge em resposta à epidemiologia tradicional ou cartesiana e foi construído por teóricos da medicina social latino-americana, motivo pelo qual se convencionou classificá-lo como “epidemiologia das classes sociais”, no sentido da emancipação dos povos e territórios penosamente afetados pelo capitalismo predatório ou neoliberalismo, que trouxe grandes injustiças e iniquidades.

A epidemiologia crítica tem, portanto, um apelo a aspectos ético-políticos e à consciência de classe, à reforma ampla das sociedades, à visão abrangente dos fenômenos da saúde, das suas raízes estruturantes, não limitada aos fatores causais observados na epidemiologia clássica. Seu referencial é pautado no materialismo histórico dialético e vai além de uma nova roupagem para a tecnologia de ponta e fórmulas funcionalistas. Trata-se de uma visão reformulada da ciência, liderada por Breilh, Granda e outros colaboradores, que se ampara em uma intervenção eficiente, tornando-se instrumento indispensável para a recuperação ética e a construção de uma nova postura histórica, ético-política e humana (Breilh, 2006).

Segundo Breilh (2006), reconhece-se a complexidade da saúde em suas múltiplas dimensões: ontológica, epistemológica e praxica. Dois domínios ou ordens compõem a dimensão ontológica. No domínio ou ordem social, compreendem-se: o “espaço” da saúde com dimensões macro (geral/particular) e micro (singular/individual); o “caráter do movimento”, envolvendo reprodução (determinantes de saúde a partir de espaços gerais) e geração (processos generativos a partir de espaços particulares); a “hierarquia do movimento/conexão” (integração e autonomia nas relações determinantes e autonomia); e a “identidade” (comunalidade e diversidade). No domínio ou ordem da saúde, especificam-se: as dimensões sociais em “análise espaçotemporal” (saúde atual); a “contradição básica” (oposição dialética aos processos destrutivos); e a “contradição psíquica” (processos fisiológicos e fisiopatológicos) (Breilh, 2006).

A dimensão epistemológica refere-se ao campo teórico-prático das ideias sobre saúde, a construção do objeto, do conceito e da práxis, de forma intercultural ou

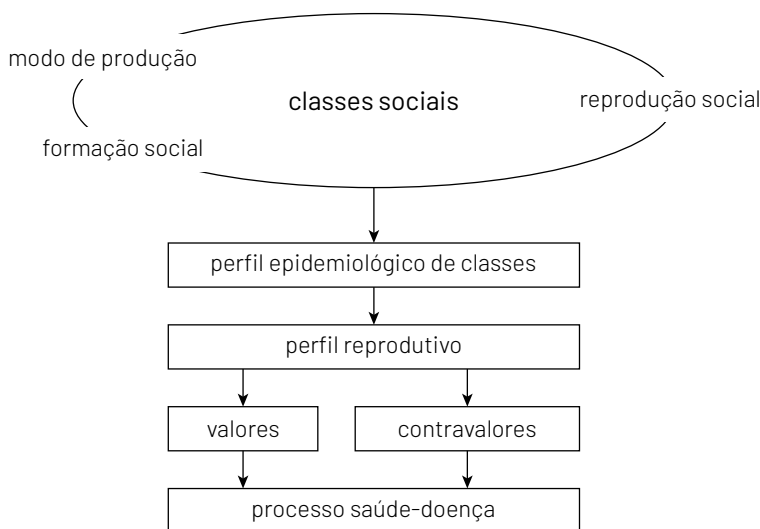
unicultural. Já a dimensão praxica trata das ações de promoção à saúde e de prevenção. O modelo praxiológico rompe com a dicotomia entre o pensamento teórico e o prático da saúde, procurando conhecer a realidade e transformá-la integralmente, evidenciando processos generativos (Breilh, 2006).

A saúde coletiva relaciona-se com todas as dimensões apresentadas e, nessa conformação, a determinação social dos problemas de saúde surge a partir de processos históricos, apresentando interfaces sociais, econômicas e políticas complexas e contraditórias, incorporadas às classes sociais e ao modo de produção, formação, reprodução na sociedade.

Ou seja, o modelo teórico desenvolvido (Breilh; Granda, 1985) foi construído em torno de um conceito fundamentado no marxismo, caracterizado por uma reprodução social praxiológica e menos estruturalista. O desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção, vinculadas ao modo de produção e representadas como formação social, determina os modos de reprodução e estabelece as classes sociais.

Segundo Breilh e Granda (1985), o processo epidemiológico é corporificado em cada classe social particular por meio de um “perfil epidemiológico de classe”, constituído pelo perfil reprodutivo e pelo processo saúde-doença, conforme a Figura 1.

Figura 1 – Modelo do perfil epidemiológico de classe



Fonte: Breilh (1989).

O processo saúde-doença decorre da retórica entre as manifestações socialmente reproduzidas que constituem os valores usuais e prejudiciais às classes sociais e à reprodução de classe. Para Breilh (1989), o processo histórico de formação social e estrutura de classes determina sua polaridade. Ao predominar o polo da negação (contravalores), aumentam as doenças e a mortalidade, prejudicando a imagem da classe reprodutiva. Por outro lado, ao fortalecer o polo da mercadoria ou valor de uso, potencializam-se as manifestações de saúde e a vitalidade da classe social.

Dessa forma, a distribuição ecológica dos indicadores de saúde é homogênea no interior dos espaços sociais de uma classe, e a determinação da saúde, na práxis, perpassa, antes de tudo, por fenômenos macro, como o modelo econômico vigente, em nosso caso, o capitalismo. Este determina o acúmulo desenfreado de capital e a precarização do trabalho, movendo a população para uma margem restrita de condições, o que aumenta o risco de contágio por doenças transmissíveis, como a TB, em especial entre migrantes internacionais e refugiados (Breilh, 2006).

Breilh (2006) diz ainda que a ordem social transpassa a disputa com a ordem cultural e se reformula, reavivando pontos importantes, como a religião e o atavismo. Nesse sentido, as dinâmicas da migração contribuem significativamente para a diversidade cultural e étnica da sociedade, com destaque para dimensão cultural da saúde, que está vinculada a costumes, práticas e crenças de determinados grupos. Esses fatores auxiliam na definição de quem são, de onde vieram e onde estão e conferem significado e sentido à vida. Tanto a migração quanto a cultura são processos que definem a identidade de um indivíduo e são dinâmicos por natureza. A cultura evolui em relação a uma série de fatores sociais, econômicos e políticos (Abubakar *et al.*, 2018).

Com relação ao fenômeno migratório venezuelano para o Brasil, ocorrido a partir de 2016, as estratégias para o fim da tuberculose são mais desafiadoras. Isso se deve não apenas às peculiaridades da migração internacional, mas também à necessidade de compreender a tuberculose como um processo e entender as especificidades dessa população, composta por não indígenas e indígenas, com destaque para os Warao. Ao adentrarem no país, esses migrantes já enfrentaram um longo processo de violação de direitos humanos e desamparo no Estado de origem, encontrando-se em situação de extrema vulnerabilidade (Acnur, [2021]).

Por meio da epidemiologia crítica, com a renovação integral de conceitos, métodos e técnicas e com a reconstrução de paradigmas, é possível entender o cerne do

problema de determinadas populações. É de fundamental importância promover a interculturalidade, que ocorre com a sinergia de duas ou mais culturas sem que nenhuma se sobreponha a outra na integração e convivência das pessoas, implicando respeito à diversidade. Deve-se promover um diálogo com a subjetividade, consciência social e identidade, articulando os sujeitos no contexto da intersubjetividade (Breilh, 2006).

Devido à complexidade do fenômeno migratório e da tuberculose, avançar significa elaborar novas orientações para políticas públicas, o que se configura como um grande desafio. Ao reconhecer tal contexto, a epidemiologia crítica explora a *estruturação-desestruturação-reestruturação* dos geradores das necessidades em saúde, orientando e atendendo suas práticas. Além disso, ela evidencia a complexidade das tribulações da saúde coletiva e sua relação com os processos de produção e de consumo. Ao construir uma crítica à epidemiologia clássica — pautada na perspectiva cartesiana, fundamentada pelo empirismo cognitivo e pela metodologia positivista —, essa abordagem reduz a realidade aos fenômenos individuais e assume uma noção de totalidade a uma somatória de frações, classificando os indivíduos por fatores de risco.

Em suma, Breilh (2013) sustenta que a epidemiologia estruturada em moldes conservadores falha na perspectiva de conhecer a realidade para modificá-la, por não conseguir relacionar nem os sistemas sociais com os de saúde, nem a conformação por classes com as formas e intensidades de exposição ao risco de adoecer, nem identificar os diferentes níveis de vulnerabilidade peculiares a cada realidade social.

Para garantir o acesso à saúde e a eliminação da tuberculose em migrantes internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio, é necessário mitigar as barreiras, fortalecer as ações de proteção social, criar uma política nacional para essa população, com ações intersetoriais entre a saúde, a assistência social e os direitos humanos, além de promover bem-estar socioeconômico e melhoria dos determinantes sociais da saúde.

Considerações finais

No contexto brasileiro, os números revelam a persistência da tuberculose como um problema de saúde significativo. O coeficiente de incidência em 2021 e o destaque de algumas unidades federativas ressaltam a necessidade de estratégias específicas para

lidar com a doença em diferentes regiões do país. Além disso, a análise da incidência de tuberculose aponta para fatores biológicos e sociais que aumentam o risco de infecção, especialmente em populações mais vulneráveis.

A compreensão da tuberculose em migrantes internacionais sob a perspectiva da epidemiologia crítica destaca a necessidade de políticas públicas mais abrangentes, interculturais e intersetoriais. Essas políticas devem não apenas focar na prevenção e no tratamento da doença, mas também intervir sobre as condições sociais que contribuem para a vulnerabilidade, como desigualdades de renda, precárias condições de moradia e acesso limitado a serviços de saúde.

Assim, para alcançar as metas ambiciosas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde para o fim da tuberculose até 2035, é imperativo reconhecer e abordar as barreiras enfrentadas por esses migrantes. Isso exige ainda a promoção da interculturalidade e a atuação conjunta de diferentes setores governamentais.

Portanto, enfrentar o desafio da tuberculose em migrantes internacionais requer uma abordagem holística, considerando as complexas interações entre fatores biológicos, sociais, econômicos e culturais. Essa abordagem, acreditamos, deve ser guiada pela epidemiologia crítica, que busca uma compreensão mais profunda e abrangente dos determinantes sociais da saúde, visando transformações significativas no panorama da tuberculose e promovendo a equidade em saúde.

Referências

- ABUBAKAR, I. *et al.* The UCL-*Lancet* Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. **The Lancet**, v. 392, n. 10164, p. 2606-2654, 2018.
- ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Coronavírus e refugiados**: o que o ACNUR está fazendo no Brasil e no mundo. 2020. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/noticias/comunicados-imprensa/coronavirus-e-refugiados-o-que-o-acnur-esta-fazendo-no-brasil-e-no>. Acesso em: 22 fev. 2025.
- ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Os Warao no Brasil**: contribuições da antropologia para a proteção de indígenas refugiados e migrantes. [2021]. Disponível em: <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/The%20Warao%20in%20Brazil%20-%20contributions%20from%20>

- anthropology%20to%20the%20protection%20of%20indigenous%20refugees%20and%20migrants%20PRT.pdf. Acesso em: 13 abr. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico 2022**. Brasília: Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, 2019.
- BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- BREILH, J. **Epidemiologia**: economia, medicina y política. México: Fontamara, 1989.
- BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 31, supl. 1, p. 13-27, 2013.
- BREILH, J.; GRANDA, E. Os novos rumos da epidemiologia. In: NUNES, E. D. (org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina**. Brasília: OPAS, 1985. p. 241-253. (Tendências e Perspectivas).
- CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design**: choosing among five approaches. Thousand Oaks: Sage, 2012.
- MOREIRA, A. S. R.; KRITSKI, A. L.; CARVALHO, A. C. C. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, n. 5, e20200015, p. 1-5, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2020**. 2020. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240013131/>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The end TB strategy**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/the-end-tb-strategy-brochure>. Acesso em: 8 jul. 2016.

O enfrentamento da tuberculose em migrantes internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio: revisão de escopo

Sonia Vivian de Jesus · Bárbara Juliana Pinheiro Borges · Felipe Mendes Delpino · Yan Mathias Alves · Adriana Ilha da Silva · Ethel Leonor Noia Maciel

A migração internacional é um fenômeno global que envolve cerca de 281 milhões de pessoas (McAuliffe; Triandafyllidou, 2024). Os migrantes internacionais escolhem residir em outros países, principalmente por motivações econômicas, enquanto os refugiados e solicitantes de refúgio são forçados a migrar devido a guerras, perseguições religiosas, crises econômicas e políticas (Abubakar *et al.*, 2018; Acnur, 2018).

Essas populações frequentemente são expostas aos agravos à saúde nos países de origem, rotas e destinos, e uma das implicações é a exposição a doenças infecciosas, como a tuberculose (TB) (Abubakar *et al.*, 2018; World Health Organization, 2021). Assim, os fenômenos sociais exprimem o perfil de saúde da população, demandando dos enfermeiros em saúde coletiva conhecimento para reconhecer as necessidades dos indivíduos e as vulnerabilidades às quais estão expostos (Régio; Egry; Apostólico, 2015).

Em uma revisão sistemática da literatura qualitativa, De Vries *et al.* (2017) identificaram barreiras e facilitadores para a adesão aos serviços de diagnóstico e tratamento em populações de difícil acesso. No entanto, ainda existem lacunas de conhecimento sobre o tema, especificamente no que se refere a migrantes internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio.

Para este estudo, foi realizada em setembro de 2021 uma busca sistematizada nas bases de dados National Library of Medicine (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Web of Science e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), por abrangerem um número considerável de publicações. Vale salientar a possibilidade de ter havido perda de dados relevantes, em razão de não terem sido pesquisados documentos governamentais, anais de eventos científicos nem estudos que não estivessem publicados nas bases de dados utilizadas para a busca.

Devido à heterogeneidade dos estudos encontrados e à falta de evidências científicas sobre as barreiras e os facilitadores para o enfrentamento da tuberculose entre migrantes internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio, optou-se por fazer uma revisão de escopo. Esta difere da revisão sistemática por não avaliar a qualidade das evidências disponíveis, mas sim mapear o que tange à temática apresentada (De Vries *et al.*, 2017), possibilitando uma discussão abrangente e ampla sobre a realidade pesquisada. O pressuposto é que populações deslocadas internacionalmente enfrentam dificuldades para acessar os serviços de saúde, receber o diagnóstico e realizar o tratamento da tuberculose nos países em que residem, devido a questões sociais, étnicas, culturais e a fatores relacionados aos profissionais e serviços de saúde.

Selecionaram-se estudos primários, publicados até setembro de 2021, em todos os idiomas, com participantes maiores de 18 anos e que tinham como foco ou tangenciavam o tema barreiras e/ou facilitadores para o enfrentamento da tuberculose por migrantes, refugiados e solicitantes de refúgio.

Foram consideradas barreiras ou facilitadores quaisquer fatores citados que, respectivamente, impediam/dificultavam ou contribuíam para o enfrentamento da tuberculose pela população do estudo. Excluíram-se revisões, resumos, notas editoriais, cartas e trabalhos apresentados em congressos.

Para a formulação da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PCC, um mnemônico para população (P), conceito (C) e contexto (C), sendo P: migrantes

internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio; C: barreiras e facilitadores; C: enfrentamento da tuberculose. Assim, a questão norteadora deste estudo foi definida como: quais são as barreiras e os facilitadores encontrados por migrantes internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio para o enfrentamento da tuberculose?

Para a coleta dos dados, foram empregados os termos em inglês “transients and migrants”, “refugees”, “asylum seekers”, “forced migration”, “tuberculosis” e “latent tuberculosis”, como termos MeSH, presentes no título, resumo e texto, associados aos operadores booleanos (OR e AND), conforme representado no Quadro 1.

Quadro 1 – Bases de dados, termos e número de artigos encontrados (Brasil, 2021)

Base de dados	Termos	n
PUBMED	(((Transients and Migrants[MeSH Terms]) OR (refugees[Title/Abstract])) OR (asylum seekers[Title/Abstract])) OR (forced migration[Title/Abstract]) AND ((Tuberculosis[MeSH Terms]) OR (latent tuberculosis[Title/Abstract]))	938
LILACS	((Transients and Migrants) OR (refugees) OR (asylum seekers) OR (forced migration)) AND ((Tuberculosis) OR (latent tuberculosis))	11
Web of Science	Transients and Migrants (Tópico) or refugees (Tópico) or asylum seekers (Tópico) or forced migration (Tópico) Tuberculosis (Tópico) or latent tuberculosis (Tópico) (#2) AND #1	831
CINAHL	TX (Transients and Migrants) OR TX refugees OR TX asylum seekers OR TX forced migration TX Tuberculosis OR TX latent tuberculosis (TX Tuberculosis OR TX latent tuberculosis) AND (S5 AND S6)	1.127
Total		2.907

Fonte: elaboração própria.

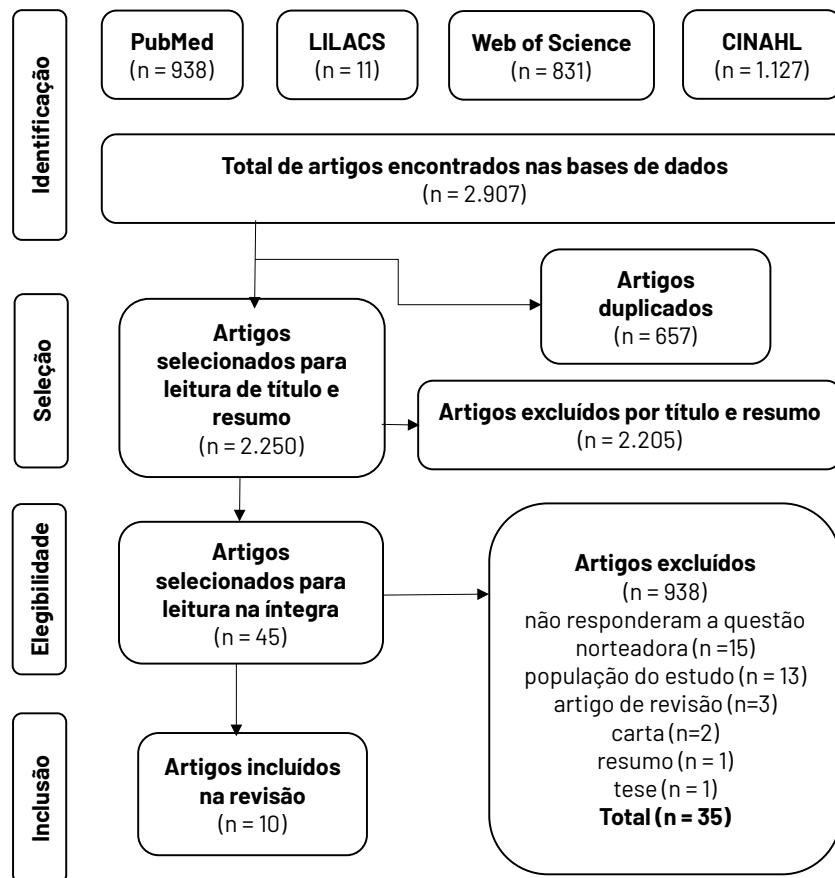
A primeira busca nas bases de dados foi realizada por dois revisores. Todos os resultados encontrados, exceto os duplicados, foram analisados por outros dois revisores independentes, que fizeram a leitura do título e do resumo, a fim de selecionar os possíveis artigos para incluir no estudo. Após essa seleção com base em análise

do título e do resumo, eles realizaram a leitura completa dos artigos a serem definitivamente incluídos na revisão de escopo. Os artigos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos foram registrados em uma tabela, considerando as seguintes variáveis: título, ano de publicação, tipo de estudo, população, país, tuberculose ativa (TB) e/ou TB infecção (TBI), barreiras e facilitadores.

Os estudos que não atenderam aos critérios de inclusão e/ou não apresentaram relação com o tema investigado foram excluídos. As discordâncias referentes à exclusão ou inclusão dos artigos, definidas em cada etapa, receberam resolução por consenso.

Inicialmente, identificaram-se 2.907 estudos, dos quais 657 estavam duplicados e foram excluídos. Após a leitura dos títulos e dos resumos, dos 2.250 estudos, excluíram-se 2.205. Restaram 45 estudos para a leitura do texto integral, dos quais dez foram incluídos na revisão. Os critérios utilizados para a seleção dos estudos estão apresentados na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos incluídos na revisão de escopo



Fonte: elaboração própria.

O Quadro 2 lista as características gerais dos dez estudos elencados, dos quais quatro foram realizados nos Estados Unidos (EUA), três na Itália, um nos Países Baixos, um no Egito e um no Brasil.

Quadro 2 – Estudos incluídos na revisão de escopo e suas características (Brasil, 2021)

Ano	Tipo de estudo	População	País do estudo	TB ou TBI	Barreiras	Facilitadores
“Diagnosis on the Dock” project: a proactive screening program for diagnosing pulmonary tuberculosis in disembarking refugees and new SEI model						
2021	estudo prospectivo de triagem intervencionista	refugiados	Itália	TB	não citadas no estudo	programa de triagem de TB baseada em algoritmo para rápido <i>screening</i>
Factors associated with latent tuberculosis among international migrants in Brazil: a cross-sectional study (2020)						
2021	estudo transversal	migrantes internacionais	Brasil	TBI	não citadas no estudo	triagem de TBI
Strategies to reach and motivate migrant communities at high risk for TB to participate in a latent tuberculosis infection screening program: a community-engaged, mixed methods study among Eritreans						
2020	métodos mistos	migrantes e refugiados	Países Baixos	TBI	prioridades concorrentes; percepção de boa saúde e percepção de risco ruim; estigma de nacionalidade	contato ativo e presencial com a comunidade; envolvimento de pessoas-chave

(continua)

Ano	Tipo de estudo	População	País do estudo	TB ou TBI	Barreiras	Facilitadores
Gaps in the care cascade for screening and treatment of refugees with tuberculosis infection in Middle Tennessee: a retrospective cohort study						
2020	coorte retrospectivo	refugiados	EUA	TBI	distância da unidade de saúde; não acompanhamento; recusa de um tratamento adicional; decisão de encerrar o tratamento precocemente	teste IGRA; fornecimento de vales de transporte para ajudar no custo; horário noturno; profissionais de saúde dedicados que realizam acompanhamento de rotina para garantir a conclusão do tratamento; implementação do eTDO; locais alternativos para retirada de medicamentos
App-based symptoms screening with Xpert MTB/RIF Ultra assay used for active tuberculosis detection in migrants at point of arrivals in Italy: The E-DETECT TB intervention analysis						
2019	intervenção	solicitantes de refúgio	Itália	TB	não citadas no estudo	aplicação de questionário com uso de aplicativo de <i>smartphone</i> para triagem de TB ativa pós-entrada de requerentes de refúgio, seguida de coleta de escarro e realização de teste rápido molecular usando Xpert Ultraensaio
Improved latent tuberculosis therapy completion rates in refugee patients through use of a clinical pharmacist						
2017	intervenção	refugiados	EUA	TBI	não citadas no estudo	incorporação de farmacêuticos clínicos em equipes interdisciplinares.

(continua)

Ano	Tipo de estudo	População	País do estudo	TB ou TBI	Barreiras	Facilitadores
Active tuberculosis case finding interventions among immigrants, refugees and asylum seekers in Italy						
2016	intervenção	migrantes, solicitantes de refúgio e refugiados	Itália	TB	não citadas no estudo	triagem verbal por meio de um questionário estruturado para migrantes com história de TB ou pelo menos um sintoma sugestivo de TB ativa
Qualitative interviews with non-national tuberculosis patients in Cairo, Egypt: understanding the financial and social						
2015	qualitativo	refugiados, solicitantes de refúgio e migrantes	Egito	TB	influência negativa de fatores financeiros e desemprego na adesão ao tratamento; desemprego/emprego durante o tratamento; estigma	não citados no estudo
Cultural feasibility assessment of tuberculosis prevention among persons of Haitian origin in South Florida						
2004	qualitativo	migrante	EUA	TBI	crenças e práticas culturais; falta de conhecimento sobre os serviços disponíveis; ter como referência cuidados médicos privados e não tem dinheiro para ir; problemas de transporte; tempo de espera longo; idioma; medo de outros sabem; longa duração do tratamento	TDO; prestadores de cuidados de saúde sensíveis e atenciosos; eventos motivacionais, direcionados ao imigrante, sem falar que se trata especificamente de TB

(continua)

Ano	Tipo de estudo	População	País do estudo	TB ou TBI	Barreiras	Facilitadores
Does fear of immigration authorities deter tuberculosis patients from seeking care?						
1994	transversal	migrantes	EUA	TB	47 % dos imigrantes ilegais atrasaram em sessenta dias o diagnóstico de TB por medo da deportação	não citados no estudo

Fonte: elaboração própria.

Oito dos dez estudos foram realizados em países de alta renda — EUA, Itália e Países Baixos — e dois em países de média renda — Egito e Brasil (Quadro 2).

Os fatores identificados nos estudos que podem ser incluídos na categoria empírica *barreiras*, explícita na questão norteadora, foram: vulnerabilidade social (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004; Lohiniva *et al.*, 2016), transporte (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004; Manful *et al.*, 2020), estigma (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004; Lohiniva *et al.*, 2016; Spruijt *et al.*, 2020), medo (Asch; Leake; Gelberg, 1994; Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004; Lohiniva *et al.*, 2016), *status* ilegal (Asch; Leake; Gelberg, 1994), cultura e crenças (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004; Lohiniva *et al.*, 2016), idioma (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004), prioridades concorrentes (Spruijt *et al.*, 2020), percepção distorcida de saúde (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004; Lohiniva *et al.*, 2016; Spruijt *et al.*, 2020), duração do tratamento (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004), acompanhamento do tratamento (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004).

Como facilitadores, identificaram-se: triagem (Jezus *et al.*, 2021; Pampaloni *et al.*, 2021; Schepisi *et al.*, 2016), utilização do teste Interferon-Gamma Release Assays (IGRA) em lugar do teste tuberculínico (TT) (Manful *et al.*, 2020), fornecimento de vale-transporte (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004; Manful *et al.*, 2020), profissionais de saúde comprometidos com o processo (Carter *et al.*, 2017; Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004; Spruijt *et al.*, 2020), horário diferenciado do horário de trabalho (Manful *et al.*, 2020), locais alternativos para retirada de medicamentos (Manful *et al.*, 2020), tratamento diretamente observado (TDO) (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004), tratamento diretamente observado por vídeo (*e*TDO) (Manful *et al.*, 2020);

pessoas-chave na comunidade (Spruijt *et al.*, 2020), educação em saúde (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004; Spruijt *et al.*, 2020).

Das barreiras

Sabe-se que migrantes internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio em situação de vulnerabilidade social tornam-se suscetíveis à tuberculose devido às condições e à superlotação das moradias, ao tipo e ao local de trabalho (Jesus *et al.*, 2021). A enfermagem desempenha um papel fundamental nesse cenário, assumindo a responsabilidade pela prestação direta dos cuidados a essa população e pelas ações em âmbito coletivo (Finnell *et al.*, 2015).

Nos estudos selecionados, a vulnerabilidade social se apresentou como uma barreira importante para o acesso, diagnóstico e tratamento da tuberculose, devido às condições relacionadas à migração (Jesus *et al.*, 2021). Outros obstáculos foram a perda de renda durante o tratamento, conseqüentemente a perda da moradia, insegurança alimentar e dificuldades com o transporte até os serviços, devido aos custos e à distância (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004; Lohiniva *et al.*, 2016; Manful *et al.*, 2020).

Nos EUA, uma pesquisa com refugiados africanos e asiáticos evidenciou que, para cada quilômetro de distância, as chances de início do tratamento da infecção por tuberculose (TBI) caíam 9 %. Morar distante dificultava o transporte em veículo particular, a disponibilidade de outros para fornecer transporte e o acesso ao transporte público (Manful *et al.*, 2020).

Outro estudo relacionou a dificuldade de acesso à falta de conhecimento sobre os serviços disponíveis. O imigrante, por não saber aonde ir, muitas vezes recorria aos serviços privados, mesmo sem recursos financeiros, enfrentando ainda longos períodos de espera para o atendimento (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004).

Os estigmas relacionados à tuberculose (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004) e à nacionalidade (Spruijt *et al.*, 2020) são fatores importantes para o acesso e o diagnóstico. O desconhecimento sobre a doença propicia medo em relação tanto à exclusão social quanto à perda de renda e à morte (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004; Lohiniva *et al.*, 2016; Spruijt *et al.*, 2020). No Egito, um estudo qualitativo em centros de tratamento de tuberculose para não nacionais demonstrou que o estigma estava

associado ao conceito de morte e à vergonha, porque, além de haver inversões nos papéis de gênero quando o homem ficava doente e desempregado, a tuberculose era percebida como “uma doença ruim” (Lohiniva *et al.*, 2016).

O medo às autoridades de imigração associado ao *status* ilegal nos EUA foi relacionado com a demora na busca por atendimento. Mais de 47 % dos que citaram o medo das autoridades de imigração atrasaram mais de sessenta dias para buscar o diagnóstico, em comparação com 18 % daqueles que não citaram o medo ($P = 0,007$) (Asch; Leake; Gelberg, 1994). Outros medos também foram associados, como o receio de que os outros soubessem sobre a doença (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004), de perder a moradia e a preocupação com a possibilidade de infectar outras pessoas (Lohiniva *et al.*, 2016).

Questões culturais, crenças (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004; Lohiniva *et al.*, 2016; Spruijt *et al.*, 2020) e o idioma (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004) foram apresentados como dificultadores em todo o processo. Um estudo realizado com haitianos residentes nos EUA sobre a viabilidade cultural para prevenção da tuberculose evidenciou que as crenças e práticas culturais levam as pessoas a buscar na religião respostas ainda não encontradas, a amparar-se em crenças para compreender os fatos cotidianos e a associar os acontecimentos negativos a castigos divinos e bruxarias (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004).

Com relação à TBI, identificaram-se outras barreiras, como a duração do tratamento (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004). O desconhecimento de indivíduos assintomáticos sobre a importância do tratamento aumenta as dificuldades, resultando em atrasos tanto no início quanto na conclusão do tratamento. Esses atrasos são atribuídos a prioridades concorrentes, à percepção de boa saúde e à falta de oportunidade para discutir a tuberculose em grupos de educação em saúde (Spruijt *et al.*, 2020).

Dos facilitadores

Entre os facilitadores, os estudos de rastreamento da tuberculose em migrantes internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio têm evidenciado, além da alta prevalência tanto da TB ativa quanto da TB infecção, a importância de implantar programas de triagem, tendo em vista que essas populações enfrentam diversas barreiras para o acesso, o diagnóstico e o tratamento da doença (Jesus *et al.*, 2021).

Em estudos de triagem na Itália, migrantes vindos pela rota do Mediterrâneo foram rastreados para tuberculose no porto de chegada, utilizando-se a temperatura corporal e a presença de tosse como critérios. Aqueles que apresentaram febre com tosse produtiva tiveram o escarro submetido ao teste de amplificação de ácidos nucleicos; enquanto os casos de tosse seca passaram por radiografia de tórax. Os resultados positivos e/ou sugestivos de tuberculose foram encaminhados ao serviço de saúde (Pampaloni *et al.*, 2021).

Outro estudo no mesmo país rastreou para tuberculose ativa migrantes recém-chegados da Sicília, por meio de um aplicativo de *smartphone*. Após o rastreamento dos sintomáticos, foram realizados testes moleculares rápidos, Xpert MTB/RIF Ultra, em amostras de escarro, estratégia para confirmação do diagnóstico que foi o diferencial desse estudo. Esse teste pode identificar o ácido desoxirribonucleico (DNA) do *Mycobacterium tuberculosis* e a resistência à rifampicina em menos de duas horas (Barcellini *et al.*, 2019).

Uma estratégia adicional de triagem de baixo custo na Itália envolveu a aplicação de um questionário verbal padronizado para investigar sinais e sintomas, como febre com duração superior a uma semana, tosse por mais de duas semanas, sudorese noturna, perda de peso e hemoptise. Os indivíduos que apresentassem um desses sintomas eram encaminhados à clínica de tuberculose (Schepisi *et al.*, 2016).

No Brasil, um estudo com migrantes internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio quantificou sistematicamente e evidenciou a alta prevalência de TB infecção, com ênfase nas populações indígenas venezuelanas. O rastreio foi realizado por meio da distribuição de uma cartilha educativa contendo informações tanto sobre tuberculose quanto sobre a pesquisa. A cartilha foi entregue em vários locais que acolhiam ou mantinham contato com essa população. Os interessados em participar da pesquisa fizeram contato com a equipe e foram avaliados para identificação de TBI (Jesus *et al.*, 2021).

Além da triagem para facilitar o diagnóstico da tuberculose, outras estratégias foram apresentadas nesta revisão. Os Países Baixos, buscando motivar as comunidades eritreias a participar de programas com foco em TBI, identificaram como facilitadores o contato ativo e presencial dos profissionais com a comunidade, o envolvimento de pessoas-chave, a repetição das informações e as oportunidades de triagem (Spruijt *et al.*, 2020).

Nos EUA, um estudo com refugiados avaliou a cascata de cuidados desde a entrada no país até a conclusão do tratamento de TBI, evidenciando os seguintes facilitadores: escolha do IGRA em vez do TT para rastrear infecção por tuberculose, por não precisar de retorno para leitura, e o fornecimento de vales-transporte para ajudar no custo da viagem para o serviço de tuberculose (Manful *et al.*, 2020).

Além disso, fatores relacionados ao serviço, como profissionais de saúde comprometidos para garantir a conclusão do tratamento (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004; Manful *et al.*, 2020); TDO; educação em saúde (Coreil; Lauzardo; Heurtelou, 2004); atendimento noturno para oferta de consultas fora do horário de trabalho; implementação da terapia eTDO; fornecimento de locais alternativos, mais próximos das comunidades migrantes, para retirada de medicamentos (Manful *et al.*, 2020); e a incorporação do farmacêutico clínico em equipes interdisciplinares de serviços de tratamento da tuberculose, aumentaram a adesão à medicação e as taxas de conclusão do tratamento de refugiados (Carter *et al.*, 2017).

Considerações finais

O estudo identificou as barreiras de vulnerabilidade social, como transporte, estigma, medo, *status* ilegal, cultura e crenças, idioma, prioridades concorrentes, percepção de saúde, duração do tratamento e acompanhamento do tratamento. Além disso, identificou facilitadores, tais como triagem, adoção do teste IGRA em vez do TT, fornecimento de vale-transporte, profissionais de saúde comprometidos com o processo, horário de atendimento diferenciado do horário de trabalho, locais alternativos para retirada de medicamentos, TDO, eTDO, pessoas-chave na comunidade e educação em saúde para o enfrentamento da tuberculose em migrantes internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio.

A identificação das barreiras e facilitadores serve como base de evidências no âmbito da enfermagem em saúde coletiva para o desenvolvimento de ações voltadas ao controle da tuberculose em populações deslocadas de seus países de origem, que se instalam em outros territórios, assim como para novas abordagens no serviço e na consulta de enfermagem. Tendo em vista os desdobramentos da migração internacional para o Brasil e o processo de interiorização que vem ocorrendo com apoio

da esfera federal, os resultados podem, ainda, subsidiar gestores na realização de treinamentos para o atendimento de migrantes internacionais, refugiados e solicitantes de refúgio e para a incorporação das recomendações na rotina das instituições.

Referências

- ABUBAKAR, I. *et al.* The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. **The Lancet**, v. 392, n. 10164, p. 2606–2654, 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32114-7. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)32114-7](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)32114-7). Acesso em: 25 fev. 2021
- ACNUR (Agência da ONU para Refugiados). **Protegendo refugiados no Brasil e no mundo**. 2018. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2018/Cartilha_Protegendo_Refugiados_No_Brasil_2018.pdf?file=fileadmin/Documentos/portugues/Publicacoes/2018/Cartilha_Protegendo_Refugiados_No_Brasil_2018. Acesso em: 18 jan. 2023.
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005.
- ASCH, S.; LEAKE, B.; GELBERG, L. Does fear of immigration authorities deter tuberculosis patients from seeking care? **Western Journal of Medicine**, v. 161, n. 4, p. 373-376, 1994.
- BARCELLINI, L. *et al.* App-based symptoms screening with Xpert MTB/RIF Ultra assay used for active tuberculosis detection in migrants at point of arrivals in Italy: the E-DETECT TB intervention analysis. **PLoS One**, v. 14, n. 7, e0218039, p. 1-14, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0218039. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31260481/>. Acesso em: 26 fev. 2025.
- CARTER, K. L. *et al.* Improved latent tuberculosis therapy completion rates in refugee patients through use of a clinical pharmacist. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 21, n. 4, p. 432-437, 2017. DOI: 10.5588/ijtld.16.0575.

- COREIL, J.; LAUZARDO, M.; HEURTELOU, M. Cultural feasibility assessment of tuberculosis prevention among persons of Haitian origin in South Florida. **Journal of Immigrant Health**, v. 6, n. 2, p. 63-69, 2004. DOI: 10.1023/B:JOIH.0000019166.80968.70.
- DE VRIES, S. G. *et al.* Barriers and facilitators to the uptake of tuberculosis diagnostic and treatment services by hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: a systematic review of qualitative literature. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 17, n. 5, p. e128-e143, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28291721/>. Acesso em: 26 fev. 2025.
- FINNELL, D. S. *et al.* Best practices for developing specialty nursing scope and standards of practice. **Online Journal of Issues in Nursing**, v. 20, n. 2, manuscript 1, 2015. DOI: 10.3912/OJIN.Vol20No02Man01. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26882420/>. Acesso em: 26 fev. 2025.
- JEZUS, S. V. de *et al.* Factors associated with latent tuberculosis among international migrants in Brazil: a cross-sectional study (2020). **BMC infectious diseases**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2021. DOI: 10.1186/s12879-021-06227-z. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34074249/>. Acesso em: 26 fev. 2025.
- LOHINIVA, A. L. *et al.* Qualitative interviews with non-national tuberculosis patients in Cairo, Egypt: understanding the financial and social cost of treatment adherence. **Health & Social Care in the Community**, v. 24, n. 6, p. e164-e172, 2016. DOI: 10.1111/hsc.12280. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26429771/>. Acesso em: 26 fev. 2025.
- MANFUL, A. *et al.* Gaps in the care cascade for screening and treatment of refugees with tuberculosis infection in Middle Tennessee: a retrospective cohort study. **BMC Infectious Diseases**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2020. DOI: 10.1186/s12879-020-05311-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32778060/>. Acesso em: 8 abr. 2025.
- MCAULIFFE, M.; TRIANDAFYLLIDOU, A. (ed.). **World migration report 2024**. Geneva: International Organization for Migration, 2024. Disponível em: <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/2024-05/world-migration-report-2024.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2025.
- OUZZANI, M. *et al.* Rayyan: a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, art. 210, p. 1-10, 2016.

- PAMPALONI, A. *et al.* “Diagnosis on the Dock” project: a proactive screening program for diagnosing pulmonary tuberculosis in disembarking refugees and new SEI model. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 106, p. 98-104, 2021. DOI: 10.1016/j.ijid.2021.03.032. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 26 fev. 2025.
- RÉGIO, L.; EGRY, E. Y.; APOSTÓLICO, M. R. Consideraciones acerca de la importancia del estudio de saberes necesarios para el afrontamiento de la violencia infantil en la atención primaria de salud. **Revista de Investigaciones UNAD**, v. 14, n. 2, p. 137-149, 2015. DOI: 10.22490/25391887.1463
- SCHEPISI, M. S. *et al.* Active tuberculosis case finding interventions among immigrants, refugees and asylum seekers in Italy. **Infectious Disease Reports**, v. 8, n. 2, art. 6594, p. 1-7, 2016. DOI: 10.4081/idr.2016.6594. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27403270/>. Acesso em: 26 fev. 2025.
- SPRUIJT, I. *et al.* Strategies to reach and motivate migrant communities at high risk for TB to participate in a latent tuberculosis infection screening program: a community-engaged, mixed methods study among Eritreans. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, art. 315, p. 1-10, 2020. DOI: 10.1186/s12889-020-8390-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32164637/>. Acesso em: 26 fev. 2025.
- THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **The Joanna Briggs Institute reviewer’s manual 2015**: methodology for JBI scoping reviews. Adelaide, 2015. Disponível em: <https://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2025.
- TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. DOI: 10.7326/M18-0850. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/>. Acesso em: 26 fev. 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2021**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>. Acesso em: 26 fev. 2025.

A saúde das comunidades migrantes em Portugal: contribuições para estratégias e políticas públicas

Sónia Dias · Maria João Marques · Filipa Rodrigues · Ana Gama

Migração, um fenómeno global

A migração e a mobilidade humana são fenómenos complexos e dinâmicos. No mundo globalizado, os movimentos migratórios ocorrem primordialmente do hemisfério sul para o hemisfério norte, para estabelecimento nos países de acolhimento. No entanto, nas últimas décadas, vem-se observando a intensificação e a diversificação dos fluxos migratórios, com a generalidade dos países a constituírem-se simultaneamente como países de origem, de trânsito e de destino, multiplicando-se os motivos e as condições de migração.

As populações migram em busca de oportunidades de emprego e de educação, para reagrupamento familiar, para fugir de situações de conflito ou catástrofes naturais. Esses deslocamentos podem ocorrer de forma regular ou irregular, voluntária

ou involuntariamente (por exemplo, através de tráfico humano) e ter duração temporária ou permanente (World Health Organization, 2018b).

Os dados mais recentemente publicados no *World migration report 2024* pela Organização Internacional para as Migrações indicam que, em 2020, existiam 281 milhões de migrantes internacionais em todo o mundo, representando 3,6 % do total da população mundial (McAuliffe; Triandafyllidou, 2024). A Europa é o principal ponto de chegada de migrantes internacionais, onde se tem observado um aumento do fluxo migratório, tanto de países da União Europeia como de países terceiros. Cerca de 87 milhões de migrantes residem no continente europeu, o que equivale a 31 % da população total de migrantes internacionais (McAuliffe; Triandafyllidou, 2024).

Em Portugal, tem-se observado um aumento contínuo da população estrangeira residente. Em 1960, ela representava 0,3 % da população do país e era majoritariamente oriunda de países africanos de língua oficial portuguesa, como Cabo Verde e Angola. A partir de 1990, registrou-se um aumento nessa proporção, com um novo fluxo de migrantes provenientes do Brasil, Europa do Leste (na sua maioria da Ucrânia), Índia e China (Cardoso, 2007).

Trinta anos depois, mesmo com uma desaceleração do crescimento da população estrangeira em 2020, explicada pela pandemia de covid-19, em 2021 os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal representavam 6,7 % da população total (LOPES; MACHADO, 2022) e, em 2023, 9,9 % da população total (1.044.606 migrantes) (LOPES; SOUSA, 2024). Em 2023, o grupo de migrantes com maior representação era proveniente do Brasil (35,3 %), seguido de Angola e Cabo Verde (10,0 %). Porém, há incidência de residentes estrangeiros vindos de todas as partes do mundo, com destaque, na Europa Ocidental, para os cidadãos do Reino Unido (4,5 %), Itália (3,5 %) e França (2,6 %) (LOPES; SOUSA, 2024), que procuram Portugal por fatores de atratividade do país, como sua segurança, e por vantagens fiscais relacionadas com o atual regime para residente não habitual (ESTRELA *et al.*, 2023).

A imigração de pessoas da Índia, Guiné Bissau, Nepal, China e São Tomé e Príncipe também é expressiva (LOPES; SOUSA, 2024). Homens representam a maioria dos migrantes em Portugal (53,0 %) (LOPES; SOUSA, 2024). Cerca de 80,5 % dos cidadãos estrangeiros residentes compõem a população potencialmente ativa, majoritariamente com idades entre 25 e 44 anos (LOPES; SOUSA, 2024). Em 2023, os principais motivos que levaram à concessão de novos títulos de residência no país foram

o acordo de mobilidade firmado em 2021 entre os países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (45,3 % das novas concessões), o certificado de residência de cidadão da União Europeia, a atividade profissional, o reagrupamento familiar e os estudos (LOPES; SOUSA, 2024).

Apesar da inexistência de dados sobre a dimensão total da população estrangeira em situação irregular no país, as ações de fiscalização realizadas em 2022 identificaram novecentos cidadãos estrangeiros nessa condição. Quanto à distribuição geográfica, as comunidades estrangeiras concentram-se principalmente na zona litorânea de Portugal continental, sobretudo nas regiões de Lisboa, Faro e Setúbal (LOPES; SOUSA, 2024).

O caráter global, heterogêneo e dinâmico do fenômeno migratório tem levado a uma reconhecida necessidade de compreender de que forma a movimentação da população influencia e causa impacto na saúde das populações.

Saúde das populações migrantes: determinantes e contextos de vulnerabilidade

O estado de saúde de um indivíduo é resultado de redes complexas de determinantes, que, numa perspectiva socioecológica, incluem fatores individuais (biológicos, genéticos, comportamentais, psicossociais, crenças, estilos de vida e comportamentos); o meio físico, socioeconômico e cultural; aspectos relacionados aos sistemas de saúde; e fatores políticos e de nível macrossocial (World Health Organization, 2018a). No contexto da migração, esses fatores atuam de acordo com as condições em que a migração se processa e com os diferentes contextos de origem, de trânsito, de destino e de retorno, determinando trajetórias e vulnerabilidades de saúde das populações migrantes (Rechel *et al.*, 2013).

Numa fase pré-migratória, o contexto socioeconômico e político no país de origem determina as condições de vida dos indivíduos que migram, podendo influenciar o seu estado de saúde. Condições sociais, habitacionais e sanitárias precárias, a que algumas dessas populações muitas vezes estão sujeitas em países de baixa renda, aumentam o risco de adquirir vários tipos de infecções, tais como infecções do trato respiratório superior (World Health Organization, 2018b). Além disso, verifica-se

que em muitos países existem endemicamente doenças preveníveis através de vacinação, como a difteria ou a hepatite B, no entanto a insuficiência de recursos e a infraestrutura de saúde resulta na falta de imunização da população, que fica assim exposta a maior risco de contrair doenças, tanto no país de origem como depois, no trânsito entre países (World Health Organization, 2018b).

Adicionalmente, a falta de acesso a tratamento adequado no país de origem pode resultar em um agravamento do estado de saúde e em um maior desenvolvimento de doenças, o que poderá condicionar a efetividade de tratamentos que venham a ser efetuados no país de destino. Especialmente em contextos de guerra, perseguição ou desastres naturais, os indivíduos podem ainda experimentar situações de trauma, violência, pobreza, fome e insuficiência de cuidados de saúde, colocando a sua saúde física e mental em risco (World Health Organization, 2018a).

O impacto da migração na saúde das populações decorre também dos contextos do processo de trânsito, incluindo características da viagem (condições, circunstâncias e duração), as mudanças nas redes sociais e familiares e as políticas de imigração nos diferentes países da trajetória (World Health Organization, 2018a). No trajeto, alguns migrantes podem enfrentar viagens longas e fisicamente exigentes, vivenciar eventos traumáticos e violência (física e sexual), em especial se migram sozinhos ou em grupos massivos, e experimentar reduzido acesso a condições básicas (por exemplo, alimentação e higiene), o que ameaça a condição de saúde (World Health Organization, 2018a).

Problemas de saúde associados à trajetória de migração incluem lesões, doenças respiratórias, cardiovasculares e gastrointestinais, complicações ginecológicas e obstétricas, doenças mentais, incluindo depressão e distúrbios de ansiedade, alcoolismo e abuso de drogas (World Health Organization, 2018a). O tipo de migração tem papel importante nesta fase. A migração irregular se dá normalmente por rotas perigosas e demoradas em condições inseguras (por exemplo, travessia do Mar Adriático ou do Mediterrâneo de barco ou entrada furtiva em caminhões através das fronteiras da Europa do Leste) e com menor acesso a cuidados de saúde durante esse processo (Chiarenza *et al.*, 2019).

Efetivamente, para os migrantes em situação irregular, às consequências sobre a saúde física e mental decorrentes das condições precárias de viagem somam-se os efeitos da falta de acesso a cuidados de saúde. Especialmente nesses casos, a interrupção

de tratamentos médicos ou a perda de medicação durante a fase de trânsito podem resultar em aumento da vulnerabilidade ou agravamento de doenças crônicas (World Health Organization, 2018b).

No que diz respeito à vulnerabilidade em saúde nos países de destino, a par das circunstâncias do processo migratório que podem expor os migrantes a fatores de risco para a sua saúde, os determinantes sociais também têm assumido um papel relevante (Rechel *et al.*, 2013). As limitadas condições de vida de algumas populações migrantes, muitas vezes associadas a meios degradados de residência, com infraestrutura básica insuficiente, situações laborais precárias e inseguras e contextos de pobreza e exclusão social, traduzem-se frequentemente em disparidades nos perfis de doença e fatores de risco (World Health Organization, 2018a).

Esses contextos ampliam a probabilidade de exposição a violência e abuso, agravam os riscos de lesão e de contração de doenças transmissíveis, bem como aumentam a vulnerabilidade a doenças não comunicáveis e crônicas. Migrantes que provêm de zonas endêmicas de doenças infecciosas, como o HIV e a tuberculose, e que enfrentam um conjunto de condições sociais e econômicas adversas apresentam riscos acrescidos (Dias *et al.*, 2019a; World Health Organization, 2018b).

Na chegada aos países de destino, os imigrantes confrontam-se com um contexto novo, caracterizado muitas vezes por um ambiente físico e social bastante distinto, o que representa um choque de cultura, que é agravado pela separação das redes sociais e familiares de suporte (Rechel *et al.*, 2013). Essas circunstâncias associam-se a mudanças de comportamento e estilo de vida, como a alteração de hábitos alimentares e o sedentarismo (por exemplo, insuficiente prática de exercício físico), assim como ao aumento de hábitos não saudáveis para lidar com o estresse e a ansiedade decorrentes de contextos de vulnerabilidade socioeconômica e de falta de suporte emocional (Dias; Gama; Martins, 2013; Rechel *et al.*, 2013).

De fato, a ausência de uma rede social de apoio, o que se observa sobretudo quando alguém imigra sozinho, favorece a adoção de comportamentos de risco, como o consumo de álcool, tabaco ou outras substâncias, contribuindo também para uma diminuição do nível de saúde mental e de bem-estar destes indivíduos (World Health Organization, 2018b).

É importante esclarecer que as desigualdades sociais e econômicas de um país de destino se traduzem muitas vezes em reduzidas oportunidades de acesso à educação,

à informação, aos serviços sociais e à saúde, agravando a vulnerabilidade em saúde das populações imigrantes. Sabe-se também que a existência e a expressão dessas desigualdades dependem do contexto estrutural e político dos países, cujas diferentes políticas de integração têm impactos distintos no contexto socioeconômico e de saúde das populações migrantes.

Efetivamente, há evidência de que imigrantes que vivem em países com fracas políticas de integração têm piores indicadores socioeconômicos e de saúde, como uma pior percepção do estado de saúde e baixo relato de doença crônica (Giannoni; Franzini; Masiero, 2016). Essa associação parece ser mediada por políticas de combate à discriminação e favoráveis à aquisição de nacionalidade, à mobilidade no mercado de trabalho e à reunificação familiar (Giannoni; Franzini; Masiero, 2016).

O acesso e a utilização dos serviços de saúde em particular têm sido reconhecidos como condições fundamentais para a saúde e o bem-estar das populações imigrantes e, conseqüentemente, para uma boa integração no país de acolhimento (World Health Organization, 2018b). No entanto, vários estudos indicam que subgrupos da população migrante, nomeadamente os que se encontram desempregados ou em precariedade laboral, sem proteção social ou indocumentados, tendem a não utilizar os serviços disponíveis e não são efetivamente abrangidos pelos sistemas de saúde. As barreiras no acesso aos serviços incluem, em geral, os obstáculos administrativos, os elevados custos, as dificuldades linguísticas e culturais, a discriminação e a falta de informação quanto aos direitos em saúde e aos serviços disponíveis e seu funcionamento (Dias *et al.*, 2011; World Health Organization, 2018b).

A saúde das populações migrantes nos países de destino

A literatura mostra que, quando chegam ao país de destino, a generalidade dos imigrantes está saudável, apresentando inclusive melhor saúde do que as populações nacionais relativamente a alguns indicadores específicos de saúde — fenômeno conhecido como o “efeito do migrante saudável” (Rechel *et al.*, 2013).

Dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2014 em Portugal ilustram esta tendência: enquanto, de forma geral, 64,8 % dos imigrantes reportaram boa

ou muito boa saúde, apenas 42,9 % dos nacionais reportaram os mesmos níveis de saúde (Dias *et al.*, 2018a). Doenças crônicas como a diabetes, a hipertensão e a asma foram menos reportadas por migrantes (5,9 % vs. 10,2 % dos inquiridos portugueses) (Instituto Nacional de Estatística, 2016). Os resultados encontrados podem ser explicados pelas características da população abrangida pelo INS, que é mais jovem e com maior escolaridade. Porém, em outro estudo, com uma amostra de imigrantes caracterizada por baixos rendimentos, reduzidos níveis de escolaridade e proveniência da África, do Brasil ou da Europa do Leste, observou-se que a maioria tampouco reportou doença crônica (mais de 80 %) e que 61,5 % avaliaram o seu estado de saúde como bom (Dias; Gama; Martins, 2013). Outro estudo revelou que, embora uma proporção elevada de migrantes apresente excesso de peso (44,9 %), essa taxa continua a ser inferior à encontrada na população portuguesa (52,8 %) (Costa; Dias; Martins, 2017). A evidência contraria a ideia muitas vezes popularizada na sociedade de que os migrantes que chegam estão doentes, “trazem doenças”, constituem uma ameaça à saúde das populações autóctones e são um peso para os serviços.

Um aspecto particularmente relevante demonstrado por diversos estudos é que, ao longo do tempo no país de acolhimento, o estado de saúde de várias populações migrantes tende a piorar, aproximando-se do nível de saúde das populações autóctones. O aumento do tempo de residência no país de chegada também piora a auto-percepção do estado de saúde e acresce o risco de doenças não comunicáveis, doenças transmissíveis, doenças relacionadas com a saúde ocupacional e problemas de saúde materno-infantil, quando os migrantes são comparados com os nativos (Dias *et al.*, 2018a; Dias; Gama; Martins, 2013).

Os dados do Inquérito Nacional de Saúde em Portugal, de 2014, mostram que, enquanto 86,6 % dos imigrantes que residiam há menos tempo em Portugal reportaram boa ou muito boa saúde, entre os imigrantes residentes de longa duração esta proporção foi substancialmente menor (57,4 %) (Dias *et al.*, 2018a).

A mesma tendência foi encontrada no caso das doenças crônicas (como diabetes ou hipertensão) e relativamente a comportamentos de saúde e estilo de vida dessas populações (Dias *et al.*, 2018a; Dias; Gama; Martins, 2013). Dados indicam um reduzido consumo de frutas e vegetais entre os imigrantes, especialmente os de longa duração, o que está associado a uma maior probabilidade de sobrepeso (Costa; Dias; Martins, 2017). Outros comportamentos, como o consumo de álcool e a inatividade

física, parecem também ser influenciados pelo processo de aculturação, tendo sido observados em maior proporção nos imigrantes estabelecidos há mais anos em Portugal (Dias; Gama; Martins, 2013).

Importa olhar para o papel que os determinantes sociais da saúde podem ter no agravamento das doenças crônicas. Estudos desenvolvidos na Europa demonstram que o estado de saúde de algumas populações migrantes tende a deteriorar com o tempo de residência no país de acolhimento, possivelmente devido a fatores como condições de trabalho e habitação precárias, ambientes promotores de estilos de vida menos saudáveis e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (World Health Organization, 2018a). Em Portugal, estudos indicam que a obesidade e a hipertensão nas populações migrantes estão associadas à sua condição socioeconômica e que mais de metade dos migrantes consideram que os seus rendimentos são insuficientes (Dias; Gama; Martins, 2013).

No que diz respeito a doenças comunicáveis, estudos apontam para uma maior prevalência de infecções sexualmente transmissíveis, como clamídia ou infecção por HIV entre migrantes em comparação com as populações autóctones. O contexto endêmico nos países de origem pode explicar esses resultados (World Health Organization, 2018b). Mas a evidência também demonstra, por exemplo, que uma percentagem significativa dos migrantes HIV positivos na Europa adquire a infecção após a chegada à região (World Health Organization, 2018b). Isso pode ser explicado pela adicional vulnerabilidade socioeconômica nos países de destino e pela limitada capacidade de o indivíduo adotar comportamentos protetores (Dias *et al.*, 2014).

A saúde reprodutiva e sexual dos migrantes é uma das principais áreas estudadas no contexto português, considerando que aproximadamente metade dos migrantes é do sexo feminino e está em idade reprodutiva. Apesar de os bebês das mulheres migrantes em Portugal apresentarem um risco menor para o baixo peso ao nascer (7,3 % *vs.* 3,9 %) (Kana; Correia; Barros, 2019), alguns estudos indicam que essas mães reportam uma maior incidência de desfechos adversos relacionados com a gravidez, nomeadamente aborto espontâneo, gravidez ectópica, parto por cesariana, mortalidade neonatal e hemorragia pós-parto (Almeida *et al.*, 2013).

No âmbito da saúde mental, vários estudos apontam níveis elevados de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade em populações migrantes (World Health Organization, 2018b). Em Portugal, Teixeira e Dias (2018) documentaram

a incidência de doenças como a ansiedade ou a depressão em populações imigrantes. As circunstâncias do processo migratório, as experiências de aculturação, a discriminação e as barreiras linguísticas podem contribuir para a deterioração da saúde mental (World Health Organization, 2018a). Por outro lado, a manutenção dos laços familiares, a integração no mercado de trabalho em condições adequadas, assim como as boas expectativas em relação ao futuro, são fatores protetores (Dias, 2018; Teixeira; Dias, 2018).

O acesso e a utilização dos serviços de saúde são outros aspectos essenciais para a diminuição da morbidade nas populações migrantes e, em última análise, para a boa integração no país de acolhimento (Kristiansen; Mygind; Krasnik, 2007). No entanto, estudos mostram que as populações migrantes tendem a subutilizar os serviços de saúde, nomeadamente os cuidados primários, por exemplo, para consultas com médico de medicina geral e familiar, cuidados de saúde materna, participação em rastreios oncológicos (como o do cancro da mama ou do cancro colorretal), rastreios de infeções sexualmente transmissíveis e vacinação (Almeida *et al.*, 2014; Dias *et al.*, 2019a; Marques *et al.*, 2022; Rosano *et al.*, 2017).

Embora os homens utilizem menos os serviços de saúde, as mulheres costumam adiar mais a ida ao médico devido a menores recursos financeiros e vínculos laborais mais precários (Dias *et al.*, 2011; Dias; Severo; Barros, 2008). A evidência indica uma reduzida utilização dos serviços de saúde especialmente por parte de grupos que se encontram em situação mais vulnerável, como os migrantes internacionais indocumentados e em maior desvantagem socioeconômica. Mesmo em países com políticas de migração e de saúde mais inclusivas, como Portugal, que garante legalmente o direito de acesso aos serviços de saúde a todos os indivíduos, independentemente do seu estatuto de migração ou situação socioeconômica, persistem ainda vários obstáculos no acesso e na utilização dos serviços para as populações migrantes.

A falta de recursos económicos, a baixa literacia em saúde, as diferenças linguísticas e culturais, as dificuldades de interação com os serviços e os profissionais de saúde, bem como o desconhecimento sobre o funcionamento dos sistemas de saúde e as barreiras legislativas, estruturais e organizativas (por exemplo, procedimentos burocráticos, ausência de tradutores/intérpretes, longo tempo de espera e dificuldade para marcação de consultas), têm sido apontados como fatores que contribuem para esse padrão (Dias *et al.*, 2018a; Rosano *et al.*, 2017).

A influência desses aspectos pode ser mais expressiva em situações de migração recente, já que vários estudos evidenciam que a utilização dos cuidados de saúde é mais frequente em migrantes de longa duração e apontam a influência da proficiência da língua do país de destino e da aquisição de um maior conhecimento e de informações sobre o funcionamento do sistema de saúde ao longo do tempo de residência no país (Dias; Gama; Martins, 2013).

Impacto da pandemia de covid-19 na saúde e no bem-estar das populações migrantes

A pandemia de covid-19 colocou pressão sobre os sistemas de saúde e veio aprofundar as desigualdades em saúde das populações, nomeadamente entre os migrantes. A necessidade de reforçar a capacidade do sistema de saúde para responder às complicações da infecção resultou no cancelamento e adiamento de consultas, exames e tratamentos, diminuindo assim o acesso e a utilização dos serviços de saúde (Palmer *et al.*, 2020). No contexto da pandemia, as restrições aos cuidados de saúde vieram afetar ainda mais as populações que já experienciavam dificuldades acrescidas no acesso aos serviços de saúde, como algumas populações migrantes.

Um inquérito realizado nesse período em Portugal, com uma amostra de base comunitária de migrantes residentes no país, demonstrou que, para uma parte significativa dos inquiridos (43,7 %), o acesso aos serviços de saúde piorou durante a pandemia. Essa percepção foi superior entre as mulheres, aqueles que sentiam estar em maior risco de infecção por covid-19 e aqueles com rendimentos inferiores a 650 € (ou seja, o salário mínimo nacional à época) (Dias *et al.*, 2020). Na componente qualitativa do estudo, entrevistas realizadas com migrantes revelaram que as principais barreiras encontradas para aceder aos serviços de saúde foram as dificuldades linguísticas, a relação com os profissionais de saúde e a falta de suporte social de organizações da comunidade, existente antes, mas que durante o confinamento ficou limitada (Gama *et al.*, 2022b).

Um aspecto subjacente às mudanças que a pandemia trouxe na organização dos serviços de saúde foi a transferência dos serviços para meios digitais (por exemplo, para registo, consultas de telemedicina, além de transmissão de informações sobre

saúde e fornecimento de receitas médicas por mensagens de texto SMS), salientada como uma dificuldade adicional no acesso aos cuidados de saúde.

O inquérito demonstrou também o impacto da pandemia nas condições socioeconômicas e na saúde (incluindo saúde mental) das populações migrantes. Mais da metade dos participantes (55,6 %) referiu que a sua condição financeira piorara desde o início da pandemia, sendo esta proporção maior entre os migrantes com mais de 45 anos e com menores rendimentos (Gama *et al.*, 2022a). Segundo o relatório *Populações migrantes e covid-19: percepções sobre o impacto da pandemia*, foram também os migrantes com rendimentos inferiores e as mulheres quem sentiu maior agravamento da situação em relação ao trabalho e da situação alimentar em casa (Dias *et al.*, 2020). No que diz respeito aos efeitos da pandemia de covid-19 na condição de saúde, 20 % dos inquiridos indicaram que a sua saúde piorara desde o início da pandemia, sendo essa proporção superior entre as mulheres (Dias *et al.*, 2020). Também 19,8 % dos inquiridos sentiram que a sua saúde mental se agravara, sendo as mulheres, aqueles com menos rendimentos, os em situação irregular e os com mais de 65 anos quem mais reportou esse agravamento (Dias *et al.*, 2020).

Desafios atuais e respostas da saúde pública

A migração e a mobilidade humana representam grandes oportunidades, mas também apresentam desafios no âmbito das políticas públicas e da saúde pública global. Um nível elevado de saúde é fundamental para a dignidade e o bem-estar das populações migrantes nas sociedades de acolhimento. Uma experiência de migração positiva implica que os migrantes sejam e permaneçam saudáveis, participem ativamente nas sociedades e façam uso do seu capital intelectual, cultural e empreendedor, contribuindo para o desenvolvimento social e econômico dos países. Nessa perspectiva, melhorar a saúde das populações migrantes e garantir o acesso a cuidados de saúde com qualidade são aspectos cruciais para sua integração e inclusão social (World Health Organization, 2018b). No entanto, em um mundo globalizado, a mobilidade humana e os fluxos migratórios são fenômenos desafiadores para os sistemas de saúde.

Nesse contexto, tem havido um esforço crescente na generalidade dos países para o desenvolvimento de políticas efetivas que contribuam para a redução das

desigualdades e melhoria dos ganhos em saúde nas populações migrantes. Além disso, verifica-se uma busca crescente pela produção de evidências sobre a saúde dessas populações, especialmente aquelas mais vulneráveis (World Health Organization, 2018b).

Políticas e estratégias

Políticas inclusivas de saúde e de integração social podem ter um papel preponderante na redução das desigualdades sociais e na promoção da saúde das populações migrantes, ao assegurar bens, serviços e ambientes saudáveis. Nesse sentido, tem sido reconhecida a importância de políticas de saúde e de integração social holísticas, de caráter intersetorial e colaborativo. Essas políticas não apenas priorizam a melhoria do acesso à saúde, mas também contemplam o acesso à educação/formação, emprego, proteção social e habitação, além de reforçar as redes de apoio social e comunitário. Dessa forma, atuam sobre os determinantes sociais da saúde.

Um contexto de políticas inclusivas é fundamental para o desenvolvimento de estratégias e intervenções efetivas que potencializem a integração social das populações migrantes, que respondam às suas reais necessidades em saúde e promovam o empoderamento e a capacitação dessas populações como agentes ativos na melhoria da sua saúde. Nesse âmbito, a promoção da literacia em saúde é uma das abordagens-chave para melhorar os resultados em saúde e a autogestão da saúde das populações em geral, incluindo as populações migrantes (Ward; Kristiansen; Sørensen, 2019).

A evidência indica que baixos níveis de literacia em saúde parecem resultar em menor capacidade de compreensão e utilização de informação de saúde, subutilização de cuidados de saúde materna e dificuldades no controle e na gestão de doenças crônicas, como a diabetes, além de ser um empecilho para a comunicação efetiva com os profissionais de saúde (Ward; Kristiansen; Sørensen, 2019). Várias estratégias têm-se demonstrado capazes de aumentar a literacia em saúde dos migrantes internacionais (Fernández-Gutiérrez *et al.*, 2018). Entre elas, destacam-se estratégias para promover a informação sobre o acesso e a navegação nos serviços de saúde, dirigida aos migrantes, adaptadas de acordo com as suas características para uma melhor compreensão e utilização da informação.

A criação de uma relação de proximidade, com inclusão e envolvimento de organizações de base comunitária, integrando migrantes e líderes da comunidade no desenvolvimento de programas de promoção da literacia em saúde, pode ser fundamental para serviços mais responsivos às necessidades das populações migrantes (Dias *et al.*, 2019a). Nesse contexto, é possível que o envolvimento dos diversos atores no desempenho de intervenções, por exemplo, através do processo Ophelia (*Optimising HEalth LIteracy and Access*), contribua para o envolvimento ativo, a apropriação das ações e a realização de atividades de saúde pela comunidade (Dias *et al.*, 2021).

Numa outra vertente, é também necessário que os próprios sistemas de saúde sejam reforçados e se adaptem para oferecer respostas adequadas às necessidades das populações migrantes (Ledoux *et al.*, 2018). A adoção de uma abordagem responsiva por parte dos serviços e profissionais de saúde, na qual são reconhecidas e acolhidas as diversas características, pontos fortes, necessidades e preferências em literacia de saúde da população, favorece a criação de ambientes que promovem o acesso equitativo a informações e serviços de saúde (World Health Organization, 2022).

Nesse contexto, destacam-se as estratégias para facilitar processos burocráticos, tornando-os mais amigáveis, e para aumentar a diversidade na esfera dos recursos humanos nos diversos níveis dos serviços de saúde (Dias, 2018; Dias *et al.*, 2019b; World Health Organization, 2022).

Adicionalmente, destaca-se a importância do investimento no treino de competências dos profissionais de saúde para reforçar sua capacidade para lidar com a diversidade sociocultural. Isso inclui a aquisição de conhecimento dos fatores que afetam a literacia em saúde das populações migrantes, compreendendo como as pessoas acedem, interpretam e utilizam a informação em saúde. Esses procedimentos devem responder eficazmente a diferentes necessidades em saúde, desmistificando também percepções erradas sobre a saúde das populações migrantes.

Ainda que a prestação de cuidados culturalmente sensíveis esteja descrita como uma medida eficaz na melhoria da saúde das populações migrantes (Oliveira; Gomes, 2018), superar barreiras linguísticas e culturais de forma a promover uma boa relação entre profissional de saúde e usuário continua sendo um desafio premente para a qualidade dos cuidados de saúde.

Em geral, as políticas têm sido construídas com limitado suporte de evidência científica, baseando-se frequentemente em preconceções infundadas e

com fraca tradução para a realidade. Para o desenvolvimento de políticas e estratégias efetivas na área da saúde e migração, é essencial um conhecimento atualizado sobre as populações migrantes e a sua saúde. Este pode ser obtido por meio de estudos que reflitam a diversidade e a dinâmica dos fluxos migratórios e que permitam conhecer o perfil sociocultural e de saúde dessas populações (Ward; Kristiansen; Sørensen, 2019).

Investigação

A compreensão das diferenças em saúde na população migrante envolve um investimento significativo em pesquisa e monitorização em saúde de forma a gerar mais e melhores evidências. Estudar subgrupos mais vulneráveis da população migrante, identificando contextos que aumentam a vulnerabilidade e compreendendo a heterogeneidade sociocultural intrínseca a essas populações, implica a coleta de informação relevante, sistemática, útil, desagregada por variáveis de migração sobre padrões de doença e saúde ao longo do tempo, determinantes sociais da saúde, especificidade de subgrupos e efeitos de padrões de mobilidade (Oliveira; Gomes, 2018).

Na verdade, verifica-se uma escassez desses dados por fontes oficiais, havendo muitos países que não recolhem informação relacionada com migração. Por outro lado, sendo essa coleta feita majoritariamente em âmbito nacional, observa-se um problema de comparabilidade da informação, o que dificulta uma ação concertada entre os diferentes países. Outra limitação está relacionada com a própria definição de migrante. Ainda que o país de nascimento seja uma variável largamente utilizada para definir o conceito de migrante, sua utilização não é universal. Variáveis como a nacionalidade, o país de origem ou a etnia são empregadas, excluindo frequentemente subpopulações, como descendentes de migrantes (migrantes de segunda ou terceira geração) (European Centre for Disease Prevention and Control, 2011).

Os próprios mecanismos de recolha de informação oficial em âmbito nacional têm limitações importantes. Estudos que permitem a recolha de dados mais robustos, como os censos populacionais, avaliam um número restrito de indicadores relacionados com o processo migratório. Além disso, esses estudos recrutam participantes principalmente em domicílios e serviços de saúde, não abrangendo muitas

vezes populações de mais difícil acesso (como migrantes indocumentados ou que não acedem aos serviços de saúde) (International Organization for Migrations, 2018).

Por outro lado, a crescente mobilidade de pessoas e a velocidade com que os fluxos ocorrem dificultam a obtenção de dados atualizados e exatos sobre a população, complexificando também a avaliação de tendências e padrões de saúde e doença (International Organization for Migrations, 2018).

Nesse sentido, a investigação em saúde das populações migrantes internacionais tem tido um papel importante na resposta a estes desafios, ao permitir aprofundar temáticas e estudar indicadores normalmente não contemplados nos sistemas de vigilância epidemiológica e ao contribuir para fornecer evidências sobre populações de difícil acesso, que são menos estudadas, apesar de serem mais vulneráveis.

Na verdade, a necessidade de diminuir a lacuna entre a evidência e as reais necessidades das populações estudadas levou a uma conscientização e à utilização de abordagens e metodologias de investigação diferentes das tradicionais, como é o caso da investigação participativa em saúde. Trata-se de uma abordagem colaborativa que alia, de forma equitativa, acadêmicos, membros da comunidade em estudo, representantes de organizações não governamentais, instituições governamentais, profissionais de saúde e decisores políticos no processo de produção de conhecimento (Dias *et al.*, 2018b).

A colaboração com pessoas da comunidade, em especial, permite que se estabeleça uma relação de confiança que contribui para a aceitação do projeto, resultando em uma elevada taxa de participação e na qualidade dos dados (Dias; Gama, 2014). Esse aspecto é particularmente importante na pesquisa com populações de difícil acesso, em que os parceiros comunitários podem ter papel fundamental no recrutamento de participantes.

Mais ainda, a utilização desta abordagem permite incorporar questões que são percebidas como importantes pelas comunidades, mas que normalmente não são equacionadas pelos investigadores. Esse envolvimento no desenho do estudo contribui para tornar os dados mais adequados e relevantes para os participantes, favorecendo simultaneamente as suas competências e o sentimento de responsabilidade pelo projeto (Dias; Gama, 2014).

No entanto, a condução de investigações com abordagem participativa tem vários desafios. Por um lado, os parceiros são atores-chave em todo o processo.

Por outro, a gestão das relações de poder, dos conflitos de interesse e das diferentes perspectivas existentes entre os vários parceiros (acadêmicos e não acadêmicos) exige tempo e um esforço contínuo de diálogo e negociação (Dias *et al.*, 2018b).

Considerações finais

A complexidade e o dinamismo crescentes da migração e da mobilidade urbana elevaram a saúde das populações migrantes ao patamar de uma prioridade da pesquisa em saúde pública em âmbito global. Além dos determinantes sociais da saúde, as condições em que o processo de migração se desenvolve e a exposição a vários riscos nos contextos de origem, trânsito, destino e retorno contribuem para a vulnerabilidade em saúde das populações migrantes, explicando as desigualdades em saúde nessas comunidades.

Nesse contexto, políticas de saúde e de integração social holísticas, de caráter intersectorial e que tenham em conta os determinantes sociais e o contexto das populações migrantes são fundamentais para a redução de desigualdades em saúde. Também a criação colaborativa de respostas para a melhoria da literacia em saúde e a promoção do acesso e da utilização dos serviços, adaptadas aos contextos, necessidades e recursos das comunidades migrantes, favorece o desenvolvimento sustentável de parcerias e estratégias em saúde.

É necessário continuar investindo no desenvolvimento tanto de políticas e estratégias de ação efetivas e ajustadas às necessidades das populações quanto de investigação em saúde e migração que permita obter evidência relevante e atualizada sobre as reais necessidades em saúde das populações, através de abordagens participativas.

Referências

- ALMEIDA, L. M. *et al.* Maternal healthcare in migrants: a systematic review. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, n. 8, p. 1346-1354, 2013.

- ALMEIDA, L. M. *et al.* Obstetric care in a migrant population with free access to health care. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 126, n. 3, p. 244-247, 2014.
- CARDOSO, J. C. Immigration to Portugal. **Journal of Immigrant and Refugee Studies**, v. 4, n. 4, p. 3-18, 2007.
- CHIARENZA, A. *et al.* Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, art. 513, p. 1-14, 2019.
- COSTA, L. P. da; DIAS, S. F.; MARTINS, M. do R. O. Association between length of residence and overweight among adult immigrants in Portugal: a nationwide cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, art. 316, p. 1-10, 2017.
- DIAS, S. **Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes**. Lisboa: Observatório das Migrações, 2018.
- DIAS, S. *et al.* Are opportunities being missed?: burden of HIV, STI and TB, and unawareness of HIV among African migrants. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 15, art. 2710, p. 1-15, 2019a.
- DIAS, S. *et al.* Health research among migrants in Portugal: insights on current knowledge and future directions. *In*: DIAS, S.; SIMÕES, J.; BARROS, P. P. (org.). **Migration and health**. Coimbra: Almedina, 2018a. p. 143-163.
- DIAS, S. *et al.* Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. **Health & Social Care in the Community**, v. 19, n. 5, p. 514-521, 2011.
- DIAS, S. *et al.* HIV risky sexual behaviors and HIV infection among immigrants: a cross-sectional study in Lisbon, Portugal. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 11, n. 8, p. 8552-8566, 2014.
- DIAS, S. *et al.* Implementation process and impacts of a participatory HIV research project with key populations. **BioMed Research International**, v. 2018, p. 1-9, 2018b.

- DIAS, S. *et al.* **Literacia em saúde em populações migrantes**: necessidades em saúde, acesso, compreensão, utilização da informação e dos serviços. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2019b.
- DIAS, S. *et al.* Migrant communities at the center in co-design of health literacy-based innovative solutions for non-communicable diseases prevention and risk reduction: application of the OPTimising HEalth Literacy and Access (Ophelia) process. **Frontiers in Public Health**, v. 9, art. 639405, 2021.
- DIAS, S. *et al.* **Populações migrantes e covid-19**: perceções sobre o impacto da pandemia. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2020.
- DIAS, S.; GAMA, A. [Community-based participatory research in public health: potentials and challenges]. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 150-154, 2014.
- DIAS, S.; GAMA, A.; MARTINS, M. O. Health status and preventative behaviors of immigrants by gender and origin: a Portuguese cross-sectional study. **Nursing and Health Sciences**, v. 15, n. 3, p. 309-317, 2013.
- DIAS, S.; SEVERO, M.; BARROS, H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 1, art. 207, p. 1-8, 2008.
- ESTRELA, J. *et al.* **Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2022**. Coordenação de Joaquim Estrela. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2023. Disponível em: <https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2022%20vF2a.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2025.
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. **Improving HIV data comparability in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA countries**: findings from a literature review and expert panel. Stockholm: ECDC, 2011.
- FERNÁNDEZ-GUTIÉRREZ, M. *et al.* Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review. **International Nursing Review**, v. 65, n. 1, p. 54-64, 2018.
- GAMA, A. *et al.* How did the covid-19 pandemic affect migrant populations in Lisbon, Portugal?: a study on perceived effects on health and economic condition. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 3, art. 1786, p. 1-10, 2022a.

- GAMA, A. *et al.* “I didn’t know where to go”: a mixed-methods approach to explore migrants’ perspectives of access and use of health services during the covid-19 pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 20, art. 13201, p. 1-11, 2022b.
- GIANNONI, M.; FRANZINI, L.; MASIERO, G. Migrant integration policies and health inequalities in Europe. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, art. 463, p. 1-14, 2016.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Inquérito Nacional de Saúde 2014**. Lisboa: INE, 2016. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/263714091>. Acesso em: 8 mar. 2025.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION. **Global migration indicators 2018**. Berlin: IOM, 2018.
- KANA, M. A.; CORREIA, S.; BARROS, H. Adverse pregnancy outcomes: a comparison of risk factors and prevalence in native and migrant mothers of Portuguese generation XXI birth cohort. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 21, n. 2, p. 307-314, 2019.
- KRISTIANSEN, M.; MYGIND, A.; KRASNIK, A. Health effects of migration. **Danish Medical Bulletin**, v. 54, n. 1, p. 46-47, 2007.
- LEDoux, C. *et al.* Migrants’ access to healthcare services within the European Union: a content analysis of policy documents in Ireland, Portugal and Spain. **Globalization and Health**, v. 14, n. 1, art. 57, p. 1-11, 2018.
- LOPES, S. M.; MACHADO, R. **Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2021**. Coordenação de António Martins Fialho. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2022. Disponível em: <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2021.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2025.
- LOPES, S.; SOUSA, A. **Relatório de migrações e asilo 2023**. Lisboa: AIMA I.P. – Agência para a Integração, Migrações e Asilo, 2024. Disponível em: <https://aima.gov.pt/media/pages/documents/92dd0f02ea-1726562672/rma-2023.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2025.
- MARQUES, P. *et al.* Non-attendance in cervical cancer screening among migrant women in Portugal: a cross-sectional study. **Women’s Health**, v. 18, p. 1-9, 2022.

- MCAULIFFE, M.; TRIANDAFYLLIDOU, A. (ed.). **World migration report 2024**. Geneva: International Organization for Migration, 2024. Disponível em: <https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files/documents/2024-05/world-migration-report-2024.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2025.
- OLIVEIRA, C. R.; GOMES, N. **Migrações e saúde em números: o caso português**. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações, 2018.
- PALMER, K. *et al.* The potential long-term impact of the covid-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 32, n. 7, p. 1189-1194, p. 1-6, 2020.
- RECHEL, B. *et al.* Migration and health in an increasingly diverse Europe. **The Lancet**, v. 381, n. 9873, p. 1235-1245, 2013.
- ROSANO, A. *et al.* Migrant's access to preventive health services in five EU countries. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, art. 588, p. 1-11, 2017.
- TEIXEIRA, A. F.; DIAS, S. F. Labor market integration, immigration experience, and psychological distress in a multi-ethnic sample of immigrants residing in Portugal. **Ethnicity & Health**, v. 23, n. 1, p. 81-96, 2018.
- WARD, M.; KRISTIANSEN, M.; SØRENSEN, K. Migrant health literacy in the European Union: a systematic literature review. **Health Education Journal**, v. 78, n. 1, p. 81-95, 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: recommended actions**. Geneva: WHO, 2022. v. 3.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion for improved refugee and migrant health: policy brief**. Copenhagen: WHO, 2018a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health (2018)**. Geneva: WHO, 2018b.

Sobre os autores

Adriana Ilha da Silva. Professora adjunta do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e pesquisadora do Ministério da Saúde, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Graduada pela Ufes e mestre pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em Serviço Social. Doutora em Política Social pela Ufes, onde também realizou pós-doutorado em Saúde Coletiva. Pesquisadora colaboradora do Laboratório de Epidemiologia da Ufes (LabEpi/Ufes) e do Núcleo de Estudos sobre Violência, Segurança Pública e Direitos Humanos (Nevi/Ufes). Experiente nas áreas de saúde coletiva, desinformação em saúde, políticas sociais e direitos humanos.

Alexandre Tadashi Inomata Bruce. Enfermeiro bacharel pela Escola de Enfermagem de Manaus da Universidade Federal do Amazonas (EEM/Ufam). Doutorando e mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Pampa (Unipampa). Atualmente, enfermeiro epidemiologista da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, lotado na Diretoria de Inteligência de Dados (DID), como gerente na Gerência de Análise de Situação de Saúde.

Aline Aparecida Monroe. Professora associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Bacharel em Enfermagem pela EERP/USP e doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela mesma instituição (doutorado direto). Líder do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) da USP e coordenadora da Área de Tuberculose/HIV da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB).

Ana Carolina Scarpel Moncaio. Professora da Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão (UFCat). Bacharel e licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Mestre e doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), com período sanduíche em Portugal, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp) atuando na temática de tuberculose ocupacional.

Ana Gama. Pesquisadora no Centro de Investigação em Saúde Pública (CISP) na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (UNL). Doutora em Saúde Internacional pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da UNL e mestre em Psicologia Comunitária pelo Ispa – Instituto Universitário. Licenciada em Psicologia Social e das Organizações pelo Iscte – Instituto Universitário de Lisboa.

Antônio Carlos Vieira Ramos. Professor da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), unidade acadêmica de Passos. Graduado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Mestre e doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública pela mesma instituição. Membro do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) da USP.

Bárbara Juliana Pinheiro Borges. Professora adjunta no Departamento de Ciências Farmacêuticas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Graduada em Farmácia-Bioquímica pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP/USP) e

em Direito pela Faculdade Brasileira Univix. Especialista em Farmácia Homeopática pelo Instituto Homeopático François Lamasson, mestre em Ciências pela FCFRP/USP e doutora em Biotecnologia pelo Programa de Pós-Graduação da Rede Nordeste de Biotecnologia (Renorbio) – Nucleadora Ufes.

Carolina Maia Martins Sales. Professora adjunta no Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Graduada em Enfermagem pela Ufes. Mestre e doutora em Saúde Coletiva pela mesma instituição, onde também realizou um pós-doutorado em Epidemiologia.

Cleber Tiago Cirineu. Professor do Departamento de Terapia Ocupacional e Ciencia de la Ocupación, na Universidad de Chile. Graduado em Terapia Ocupacional pelo Centro Universitário Claretiano de Batatais/SP. Mestre e doutor em Ciências pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), onde também realizou um pós-doutorado. Aprimoramento em Terapia Ocupacional e Interconsulta Psiquiátrica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da USP.

Daniel Sacramento. Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Especialista em Enfermagem em Infectologia pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA), em Análise da Situação de Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG) e em Epidemiologia Aplicada a Gestão de Serviços de Saúde pela Johns Hopkins University. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia pelo Programa de Pós-Graduação do Instituto de Pesquisa Leônidas & Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz (ILMD/Fiocruz) em parceria com a Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Doutorando em Saúde Pública (Ufam/UEA/Fiocruz Amazônia). Membro do Grupo de Pesquisa Métodos Epidemiológicos e Análise da Situação de Saúde, da Ufam, e do Grupo Território, Ambiente, Saúde e Sustentabilidade, da Fiocruz. Pesquisador nas áreas de determinação biossocial dos processos saúde-doença, epidemiologia dos agravos prevalentes na Amazônia, doenças transmissíveis e vigilância em saúde.

Débora de Almeida Soares. Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Especialista em Saúde da Família na Atenção Primária pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX), em Processos Educacionais em Saúde pelo Hospital Sírio-Libanês e em Epidemiologia e Vigilância em Saúde pela Unyleya Editora e Cursos. Mestrado profissional em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima (UFRR). Doutora em Saúde Pública, Doenças Negligenciadas e Saúde Global em cotutela da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em Portugal.

Ethel Leonor Noia Maciel. Professora titular da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e epidemiologista. Graduada em Enfermagem pela Ufes. Mestre em Enfermagem de Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), doutora em Saúde Coletiva/Epidemiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pós-doutorado em Epidemiologia pela Johns Hopkins University. Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde entre 2023 e 2025. É membro do Comitê Técnico Assessor de Tuberculose no Ministério da Saúde, do Grupo Técnico Assessor da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Tuberculose e do Grupo Assessor para Eliminação de Doenças da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Membro da Comissão de Epidemiologia da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) e integrante do Comitê Executivo da Rede Brasileira de Mulheres Cientistas. Membro do Laboratório de Epidemiologia da Ufes (LabEpi/Ufes).

Fabiana Costa Machado Zacharias. Bacharel em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Doutora e mestra em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), onde também fez um pós-doutorado. Pesquisadora do Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem (GAAPS) e do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) da USP. Atua com temáticas relacionadas às pesquisas de avaliação da Atenção Primária à Saúde de abordagem mista.

Felipe Mendes Delpino. Graduado em Nutrição pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Especialista em Nutrição Clínica Esportiva e em Nutrição em Saúde Pública. Mestre em Nutrição e Alimentos e doutor em Ciências da Saúde pela UFPel, com doutorado sanduíche pela Faculdade de Enfermagem em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Pós-doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Membro do Grupo Brasileiro de Estudos sobre a Multimorbidade (GBEM).

Fernanda Luiza Kill Alvim. Fonoaudióloga na Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Bacharel em Fonoaudiologia pelas Faculdades Integradas São Pedro (Faesa). Especialista em Atenção Primária à Saúde pelo Centro Universitário Salesiano (Unisales) e em Audiologia com Ênfase em Reabilitação Auditiva pela Faculdade Unyleya. Mestre em Saúde Coletiva pela Ufes. Tem experiência na área de motricidade orofacial e audiologia.

Filipa Mendes Oliveira. Mestre em Saúde Pública e Desenvolvimento pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (UNL). Realiza estudos nas temáticas de áreas de fronteira, doenças tropicais negligenciadas, saúde pública e saúde internacional.

Filipa Rodrigues. Graduada em Dietética e Nutrição pelo Instituto Politécnico de Lisboa. Mestre em Promoção da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (Ensp/UNL), onde atualmente é doutoranda em Promoção da Saúde. Realiza pesquisa nas temáticas de nutrição em saúde pública e migrantes.

Gilberto da Cruz Leal. Bacharel em Fonoaudiologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) e em Relações Públicas pela Faculdade Paulus de Tecnologia e Comunicação (FAPCOM). Especialista em Neurociência e Psicologia Aplicada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Doutorando em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

Helaine Jacinta Salvador Mocelin. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pela Ufes. Membro do Laboratório de Epidemiologia da Ufes (LabEpi/Ufes). Consultora em amamentação certificada internacionalmente (IBCLC) e habilitada em laserterapia no pós-parto.

Heleticia Scabelo Galavote. Professora adjunta do curso de Enfermagem do Centro Universitário Norte do Espírito Santo da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Graduada em Enfermagem pela Ufes. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutora em Saúde Coletiva pela Ufes, onde é integrante do Núcleo de Estudos em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc) e coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Gestão, Avaliação e Planejamento em Saúde (Nugaps). Desenvolve pesquisas e estudos em saúde coletiva com ênfase na avaliação dos processos de trabalho em saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Inês Fronteira. Professora auxiliar de Saúde Pública e Epidemiologia no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL). Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil (Lisboa). Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da UNL e doutora em Saúde Internacional pelo IHMT/UNL. Suas principais áreas de interesse são as políticas de recursos humanos em saúde, educação médica e de enfermagem, impacto do trabalho na saúde dos profissionais de saúde, migração de profissionais de saúde e epidemiologia observacional.

Ione Carvalho Pinto. Professora associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Graduada, mestre e doutora em Enfermagem pela USP, com especializações em Administração de Serviços de Enfermagem pela Universidade de Brasília (UnB) e em Informação e Informática em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Pós-doutorado pela Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Jair dos Santos Pinheiro. Coordenador da Área de Pesquisas Operacionais da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (Rede-TB). Doutorando em Doenças Tropicais e Infecciosas pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Pará (Uepa) e mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Especialista em Epidemiologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj), em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e em Pneumologia Sanitária pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz). Atua nas áreas de epidemiologia das doenças infecciosas emergentes e re-emergentes, agravos inusitados e micobacterioses (em especial a tuberculose), gestão e planejamento em saúde pública, avaliação de programas, projetos e sistemas de informação em saúde, educação permanente e ensino nas ciências da saúde.

Jaqueline Garcia de Almeida Ballestero. Professora do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Universidade de São Paulo (EERP/USP). Bacharel em Enfermagem pela EERP/USP. Mestre e doutora em Ciências da Saúde pela mesma instituição.

José Nildo de Barros Silva Júnior. Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPA). Pós-graduado em Enfermagem e Saúde da Mulher (2020). Membro do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) da USP, do Grupo de Estudo e Qualificação em Tuberculose da Paraíba (Grupo TB/PB) e do Grupo de Estudos Qualitativos em Saúde (GEQualiS).

Lara Bezerra de Oliveira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa Interinstitucional de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Universidade Estadual do Amazonas (UEA). Enfermeira graduada pela UEA. Mestrado profissional em Enfermagem em Saúde Pública pela mesma instituição. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas. Coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose do Amazonas na Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas Dra. Rosemary Costa

Pinto. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em saúde pública, vigilância epidemiológica, Atenção Primária à Saúde, tuberculose e aplicativos móveis.

Leonora de Oliveira Teixeira. Enfermeira graduada pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Membro do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) e do Grupo de Estudos em Pesquisa Qualitativa (GEQualiS) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, ambos da USP.

Leticya dos Santos Almeida Negri. Professora da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Ufes. Especializações em Educação Profissional na Área da Saúde e em Saúde da Família pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz–Ufes). Mestre e doutora em Saúde Coletiva pela Ufes. Coordena o projeto de pesquisa Desmistificando a Tuberculose: Fortalecendo a Articulação dos Níveis de Atenção aos Cuidados na Rede Intersetorial.

Luana Carvalho de Oliveira. Enfermeira bacharela e licenciada pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialista em Saúde do Trabalhador pela Escola Superior da Amazônia. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Tem atuação na gestão em saúde na Atenção Primária, com ênfase na criação, acompanhamento e gerenciamento de programas de saúde e linhas de cuidados, fundamentados em *guidelines*; pesquisas de saúde; mapeamento de perfis epidemiológicos; análise de indicadores de saúde e criações de protocolos informativos.

Luciana Aparecida Fabríz. Professora do mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteiras e coordenadora dos laboratórios de ensino do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – *campus* de Foz do Iguaçu. Licenciada em Enfermagem pela Unioeste. Especialista em Centro Cirúrgico e Centro de Materiais Esterilizados pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP/USP), onde realizou um pós-doutorado em Ciências da Saúde.

Marcelo Vinicius Domingos Rodrigues dos Santos. Bacharel em Enfermagem e mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Experiência no tema do racismo institucional na assistência em saúde sexual e reprodutiva no sistema público de saúde. Cofundador e membro do Coletivo Abayomi de Ribeirão Preto.

Marcos Augusto Moraes Arcoverde. Professor do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Graduado e mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Doutor em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

Maria João Marques. Graduada em Educação pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa (ULisboa). Mestre em Educação pelo Instituto Superior de Economia e Gestão da ULisboa e em Saúde e Envelhecimento pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (UNL). Doutora em Saúde Pública Global também pela Faculdade de Ciências Médicas da UNL. Trabalha nas áreas da promoção da saúde, saúde mental, saúde pública e envelhecimento, incluindo a identificação das necessidades de saúde, modelos sistêmicos de avaliação e intervenção, demência e migração.

Mariana Gaspar Botelho Funari de Faria. Graduada em Enfermagem pela Universidade de Cuiabá (Unic). Especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição em convênio com a Universidade Católica de Goiás. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Imunologia e Parasitologia Básica e Aplicada da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Atualmente desenvolve pesquisa de pós-doutorado na mesma instituição.

Mariana Pereira da Silva Araújo. Enfermeira graduada e mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especializações

em Gestão de Emergência do SUS pelo Hospital Sírio Libanês e em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (Facisa). Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes).

Marvis Canelonez. Médica formada pela Universidad Bolivariana de Venezuela e especialista em Gerência Hospitalar e Saúde Pública. Presidente e fundadora da União da Saúde Latino-Americana (USLA), que presta auxílio a imigrantes para se recolocarem profissionalmente no Brasil.

Melisane Regina Lima Ferreira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Rondônia (Unir). Especialista em Saúde Pública pela Unir e pela Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), com período sanduíche na Universidade Nova de Lisboa (UNL).

Mônica Cristina Ribeiro Alexandre D Auria de Lima. Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), onde atualmente desenvolve pesquisa de pós-doutorado. Mestre e doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da mesma instituição, com cotutoria no doutorado na Faculdade de Medicina da Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Realizou pesquisa de pós-doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Paula Daniella de Abreu. Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Especializações em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade de Pernambuco (UPE) e em Pediatria e Neonatologia (2015). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE. Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), onde atualmente desenvolve pesquisa de pós-doutorado.

Paula de Souza Silva Freitas. Professora adjunta no Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Graduada em Enfermagem, com especializações em Enfermagem Cardiovascular; Gestão da Qualidade; Enfermagem Dermatológica; Gestão de Planos de Saúde; Auditoria em Enfermagem; Mediação de Processos Educacionais na Modalidade Digital; Ensino do Processo de Enfermagem; e Estomaterapia. Mestre e doutora em Saúde Coletiva, com ênfase em Política e Gestão em Saúde, pela Ufes.

Pedro Fredemir Palha. Professor titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), onde ocupa atualmente o cargo de diretor. Graduado em Enfermagem e Obstetrícia e especialista em Saúde Pública pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí). Mestre em Enfermagem em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP e doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EERP e da Escola de Enfermagem (EE) da USP. Pós-doutorado pela Universidade de Alberta (CA).

Priscila Carminati Siqueira. Enfermeira plantonista de Pronto Atendimento em Cobilândia, Vila Velha/ES. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Especializações em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e em Atenção Primária à Saúde pelas Faculdades Pitágoras. Mestre em Saúde Coletiva pela Ufes.

Quézia Rosa Ferreira. Bacharel e licenciada em Educação Física pelas Faculdades Integradas de Três Lagoas. Mestre e doutoranda em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

Rafaele Oliveira Bonfim. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Rondônia (Unir). Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), programa em que atualmente é doutoranda.

Regina Célia Fiorati. Professora associada do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Mestre em Enfermagem Psiquiátrica e doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Pós-doutorado na Faculdade de Medicina da Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Rhaisa Farias da Silva. Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual da Paraíba (Uepa) e mestre em Ciências Biomédicas pela Universidade Nova de Lisboa (UNL). Experiência na área da genética, epidemiologia e saúde pública, atuando principalmente nos temas de genética comunitária; coinfeção do HIV e tuberculose; e migração e saúde.

Ricardo Alexandre Arcêncio. Professor titular no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública e no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Docente adjunto na Johns Hopkins School of Nursing. Pesquisador associado e atual presidente da Rede Brasileira em Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB). Epidemiologista. Graduado e mestre em Enfermagem pela EERP/USP. Doutor em Ciências pela mesma instituição, com período sanduíche na Johns Hopkins. Pós-doutorados em Epidemiologia pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (UNL) e pelo Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. Líder do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) e membro do Grupo de Estudos de Análise Espacial em Saúde da Faculdade de Saúde Pública (GEANES) e do Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem (GAAPS), todos da USP. Integra a International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Experiência em Atenção Primária à Saúde e em estudos epidemiológicos e de análise espacial de eventos de relevância e magnitude epidemiológica para a saúde pública.

Rubia Laine de Paula Andrade. Licenciada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Especializações em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental e em Assistência a Usuários de Álcool e Drogas, pela EERP/USP, e em Acupuntura Sistemática, pelo Instituto Brasileiro de Acupuntura. Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EERP/USP, onde trabalha atualmente como especialista em laboratório, realizando o gerenciamento das atividades da área de pesquisa operacional em tuberculose da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB).

Sônia Dias. Professora catedrática na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade de Nova Lisboa (UNL), da qual é a atual diretora. Licenciada em Psicologia e doutora em Saúde Internacional pela UNL. Atua como perita em entidades internacionais, como European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), World Health Organization (WHO) e International Organization for Migrations (IOM). Desenvolve a sua atividade acadêmica em temas relacionados com saúde comunitária, saúde de populações vulneráveis (incluindo populações migrantes), promoção da saúde, prevenção da doença, saúde sexual e acesso e utilização de serviços de saúde.

Sonia Vivian de Jezus. Professora associada da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), *campus* de Sinop, atuando no curso de Enfermagem. Graduada em Enfermagem pela UFMT. Mestre em Educação pela mesma instituição. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família pela Universidade Castelo Branco.

Tatiana Ferraz de Araújo Alecrim. Enfermeira graduada pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), *campus* Botucatu. Especializações em Terapia Comunitária pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e em Enfermagem de Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Mestre e doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Atua como enfermeira responsável técnica na Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba e professora no curso de Medicina da Universidade Paulista (Unip), em Sorocaba.

Thaís Zamboni Berra. Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Mestre e doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da mesma instituição, onde também desenvolveu pesquisa de pós-doutorado.

Vânia Maria Silva Araújo. Gestora de projetos de pesquisa na Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB). Bacharel em Administração de Empresas pelo Centro Universitário de Barra Mansa (UBM), onde fez uma especialização em Administração de Empresas e Finanças. Mestre em Gestão de Negócios pela Universidade Candido Mendes. Graduada em Gestão de Turismo pelo Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca.

Willie Otávio Bueno Bernardi. Mestrando em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Bacharel em Enfermagem pela mesma instituição. Especialista em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Membro do Grupo de Estudos em Tuberculose da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp, do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) da USP e do Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem (GAAPS).

Yan Mathias Alves. Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da mesma instituição, onde cursa atualmente o doutorado. Membro do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) da USP.

Yury Bitencourt da Costa. Graduado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela Faculdade de Tecnologia (Fatec) de Curitiba. Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

Índice remissivo

A

- abrigo/abrigo 19, 21-22, 24, 72-74, 106, 122-125, 127, 141, 147, 158-159, 162-169, 173-175, 230
- Acnur [Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados] 21, 106, 141, 144, 164, 167, 174
- ações de saúde. *ver* serviços de saúde
- acolhida/acolhimento 21-22, 67, 71-73, 94, 111, 114, 116, 123, 134, 146, 150, 163-164, 168, 172, 174, 176, 178, 180, 216, 219-220, 253, 258-261, 263, 265
- acompanhamento clínico 23, 111, 113, 122, 125, 146, 148, 166, 168, 177-178, 180, 223, 245, 249
- aculturação 260-261
- África 62, 93, 146, 224, 259
- africanos/as 88-89, 92, 94-95, 215, 246
- aglomerados espaciais 35, 41, 46, 49-51
- agravos à saúde 18, 23-24, 33-36, 44, 49, 52, 109, 116, 121, 125-126, 128, 136, 141, 146, 166, 174, 177, 237.
ver também doenças
- alimentação 18, 21, 31, 72, 90, 109, 125, 141, 144, 147, 158, 161, 165, 168, 177, 230, 256-257, 263
- Amazonas 22, 48, 75, 134-135, 137, 142, 230
- Manaus 106-108, 111, 114, 116, 121-128, 143, 158
- amefricanidade 92-96
- América Latina 32, 70, 86, 93, 94, 143, 146, 158, 202, 224
- análise espacial 31, 34-37, 39-52
- análise de áreas 43-49
- análise de pontos 40-43
- estatística de varredura 49-51
- assistência 21, 72, 167

assistência em saúde 24, 74, 115-117, 134,
136-137, 141, 162, 172

assistência social 63-68, 72, 74-78, 112,
124, 141, 144, 169, 234

atenção à saúde. *ver* serviços de saúde

B

barreiras 22, 24, 63, 66, 68, 96, 108-109,
113-114, 116, 145, 159, 168, 172-173,
175-176, 180, 199, 214-215, 225, 234-
235, 238, 245-247, 249, 258, 261-
262, 265

Brasil 18-21, 23-24, 37, 46, 48, 62-68,
70-75, 77-78, 86-90, 92-94, 96, 105-
107, 113-114, 116, 121, 128, 133-137,
143-144, 146, 149, 157-160, 162-163,
165, 167-168, 171-175, 177, 180, 186,
191, 193, 199, 201, 203, 217, 229, 233,
241, 245, 248-249, 254, 259

brasileiros/as 62-63, 65-66, 68, 92, 94-
95, 110, 114, 116, 134, 143, 172, 215

C

clusters. *ver* aglomerados espaciais

corpo/corporeidade 30, 62, 73, 90-92

covid-19 35-36, 70-71, 73, 75-76, 87,
108, 110-111, 113, 115, 121, 127-128,
159, 163, 167-168, 176, 181, 229, 254,
262-263

cultura/cultural 87-89, 91-96, 105, 114,
116, 145, 165, 177, 179-180, 186, 199,
214-215, 230, 232-235, 238, 245,

247, 249, 255, 257-258, 261, 263,
265-266

D

decolonialidade/decolonial 86, 92-93, 94

desafios 22, 69, 72, 78, 107, 113-115, 128,
148, 159, 172-173, 176, 181, 187, 199,
200, 214, 225, 234-235, 263, 265,
267. *ver também* barreiras

desigualdade de gênero 86, 115

desigualdade de renda 140, 235

desigualdade racial 93, 95

desigualdades 18, 33, 86-87, 90, 216,
260, 262, 264, 268

desigualdade social 52, 64, 86, 89, 92, 93,
115, 257, 264

deslocamento/deslocados 17, 19, 20, 21,
62-63, 72, 75, 93, 128, 143, 149, 166,
171, 238, 249, 253

determinantes sociais da saúde 18-19,
32-34, 69, 90, 117, 185, 198, 214,
230, 232-235, 257, 260, 264, 266,
268

diagnóstico 23-24, 70-71, 107-110, 114-
116, 128, 147, 150, 166, 172-175, 193,
198-199, 204, 214-215, 224-225, 229,
238, 246-248

direito à saúde 22, 65-66, 116, 215, 258,
261

direitos humanos 66, 69, 116, 124, 234
garantia 63, 115

violação 18, 62, 135, 233

distribuição de renda 140, 143

distribuição populacional 34, 255
documentação/documentos 18, 21, 66,
68, 73-74, 111-112, 116, 144, 162, 164,
167-168, 172, 177-178, 180, 215, 258,
261, 267
doença de Chagas 70, 187, 189, 193, 198-
199, 201-202. *ver também* doenças
tropicais negligenciadas (DTNs)
doenças 18, 23-24, 29-33, 35-36, 63, 69-
70, 75, 106, 115, 128, 135-136, 141,
143, 146, 159, 161-162, 166, 168, 180,
186, 201-203, 213, 215, 222, 229,
233, 256-257, 259-261
controle 23, 29, 35, 69-71, 127-128, 133,
136, 145-146, 148-151, 177-178,
186-187, 190, 193, 196-199, 201-
203, 249, 264
distribuição 29, 31, 36-38, 41, 43-44,
46, 49, 136, 150, 203, 216, 223, 225
prevenção 23, 29, 70-71, 116, 125-128,
136, 146, 149, 151, 166, 177, 187,
190, 193, 199, 201-202, 224, 232,
235, 247
doenças crônicas 62, 111, 176, 222, 257-
260, 264
doenças endêmicas 70, 185-186, 256-
257, 260
doenças infecciosas 22-23, 34, 62, 69, 71,
115, 126, 133, 214, 237, 257
doenças tropicais negligenciadas
(DTNs) 185-204

E

emprego/desemprego. *ver* trabalho
epidemiologia 19, 29-53, 134, 136, 143,
146, 202-203, 214, 231, 234
dados 187, 190
estudos 31-32, 193, 196-198, 202, 204
epidemiologia crítica 19, 29-53, 229-235
epidemiologia social. *ver* epidemiologia
crítica
estigma 24, 63, 66, 71, 87, 116, 245, 246,
249
estrangeiros/as 63, 68, 72, 78, 87, 89,
110, 112, 134, 135, 172, 178, 254, 255
estratégias de saúde 22-23, 65, 70-71,
107, 109, 113, 116, 121-128, 136, 146,
149, 150, 174-175, 186-187, 199, 201-
203, 230, 233-234, 248, 264-266,
268
Europa 62, 64, 86, 146, 214, 254, 260
Europa do Leste 254, 256, 259
exames 109, 112, 116, 123, 128, 140, 145,
148, 166, 178, 204, 222, 262
baciloscopia 125, 147-148
exclusão social 32, 66, 90, 95-96, 246,
257

F

família/familiar 20, 22-23, 33, 64-67,
72, 75-76, 88, 106, 121-123, 125-128,
144, 157, 159-168, 174, 177-178, 214,
217, 219, 253, 255-258, 261

fenômeno migratório 17, 62, 85-86, 92,
96, 105, 171, 233-234, 237, 253, 255,
263
fluxo migratório 18, 21, 62, 66, 69, 72-
73, 75, 86, 96, 121-123, 128, 150, 157,
171-172, 180, 186, 203, 253-254, 263,
266-267
fronteiras 19, 21, 62, 72, 85, 105-106,
134-137, 142-144, 158, 162, 171-172,
180, 186, 203, 256
fechamento 73
tríplice fronteira 185-204

G

governo brasileiro 21, 68, 72-73, 75-79,
114, 135, 140-141, 143, 145, 158, 167
governo venezuelano 144, 160, 162,
167-168

H

HIV 22, 24, 69, 106-110, 113-116, 125,
133, 146, 148, 172-176, 178, 198, 213-
225, 229, 257, 260

I

idioma 21, 24, 74, 76, 87, 89, 94, 108,
110, 112-113, 116, 157-159, 166, 168,
176-177, 180, 245, 247, 249, 254,
262
imigrantes. *ver* migrantes
imigrantes venezuelanos 17, 135, 141
indígenas 19, 89, 92-93, 95, 123, 141,
143-144, 158-159, 233, 248

Mbyá-Guarani 198
Warao 19-21, 23-24, 106, 121-123, 127-
128, 143, 159-169, 174, 233

infecções sexualmente transmissíveis
(ISTs) 69, 106, 115, 172, 216, 224,
260-261

insegurança alimentar 62, 114, 116, 177,
246. *ver também* alimentação

interiorização 21-22, 73-75, 113, 249

interseccionalidade/interseccional 90,
94-96

IOM. *ver* Organização Internacional para
as Migrações (OIM)

L

Lei de Migração 23, 62, 76
leishmaniose 35, 135, 187, 189, 193, 196-
199, 201-203. *ver também* doenças
tropicais negligenciadas (DTNs)

língua. *ver* idioma

literacia em saúde 261, 264-265, 268

M

migração
em números 17, 19, 22, 85, 141, 172,
254-255

migração massiva 70

migrantes
conceito 18, 62, 88, 237, 266
crianças 19, 76, 123, 125-126, 128, 144,
158-159, 162-165, 167, 179
direitos 66-67, 69, 72, 80, 116, 215

em situação de rua 19, 21, 23, 106, 113,
122, 126, 128, 143-144, 158, 163-
164, 168, 173-175

haitianos 75

idade 19

inclusão 11, 21, 63, 68, 70-71, 75-77,
96, 123, 148, 178, 180, 215-216, 261,
263-265

internos 42

irregulares 18, 76, 116, 145, 158, 214-
215, 218, 224-225, 247, 255-256,
258, 261, 263, 267

latino-americanos 66, 70, 86, 89, 94,
116, 146, 224

mulheres 76, 85-86, 88-90, 105-117,
143-144, 164, 166-167, 171-181

nordestinos 63

regulares 18, 172

sul-americanos 50

venezuelanos 17-24, 62, 72-73, 75, 86,
105-117, 121-124, 126-128, 135-136,
140-145, 157-169, 171-181, 233, 248

Ministério da Defesa 72-74, 124

Ministério da Saúde 68-71, 109, 125-126,
135-136, 142, 144-145

Ministério das Relações
Exteriores 77-78

Ministério dos Direitos Humanos 74-77

moradia 18, 24, 31, 65, 72, 89-90, 124,
141, 144, 147, 157-158, 160, 162, 164,
168, 174, 230, 235, 246, 247

N

nacionalidade 18-19, 63, 67-68, 75-76,
89, 135, 148, 216, 246, 258, 266

necropolítica 95-96

O

Operação Acolhida 21-22, 72-74,
124-125

Organização Internacional para as
Migrações (OIM) 18, 78, 144, 254

Organização Mundial da Saúde
(OMS) 18-19, 32, 133, 149, 186,
189, 214, 235

Organização Pan-Americana da Saúde
(OPAS) 23, 186

P

padrões de saúde e doença 266-267

pandemia. *ver* covid-19

perfil epidemiológico 122, 125, 136, 141,
144, 150, 196, 232

peessoas em situação de rua 76, 144.
ver também imigrantes em
situação de rua

peessoas vulneráveis. *ver* populações
vulneráveis

Política Nacional de Assistência Social
(PNAS) 67, 75, 108

políticas de integração. *ver* políticas
integradoras

políticas de proteção social 62-66, 68,
72-73, 78-79, 144, 234-235, 263-264

políticas integradoras 61-80, 258, 264, 268

políticas públicas 24, 62-80, 117, 124, 134, 140, 144, 169, 173-174, 179-180, 202, 229, 234-235, 253-268

populações vulneráveis 63, 65, 96, 115, 133, 143-144, 150, 180, 185, 197-198, 216, 224, 230, 235, 261, 264, 266-267

Portugal 214-216, 218, 223-224, 254-255, 258-262

previdência social 63, 65, 67, 79, 141

processo de migração 162. *ver* processo migratório

processo epidemiológico 19, 232

processo migratório 17-18, 24, 52, 66, 70-71, 78, 88-90, 92-93, 106, 113, 134, 159, 173, 230, 233, 257, 261, 266, 268

processo saúde-doença 18, 29, 30-34, 62, 69, 232-233

profissionais de saúde 24, 68, 107, 111-114, 116, 126, 148, 150, 166, 168-169, 174, 177-179, 199, 215, 221, 224, 237-238, 245, 249, 261-262, 264-265, 267

proteção 22, 88, 141, 174

à saúde 128

social 24, 62-80, 122, 128, 145, 225, 234, 258, 264

R

raça/racial 11, 18, 86-96, 116-117, 135, 141, 179

racismo/racista 89-90, 93-96, 180

rede de atenção à saúde. *ver* serviços de saúde

refugiados 17-19, 21-24, 62, 70-71, 76-78, 86-89, 91-92, 94, 96, 105, 115, 127-129, 135, 147, 157-158, 160, 162-163, 165-167, 169, 172, 179, 230, 233-234, 237-239, 246-250

refúgio 88, 89, 135, 147, 164, 168

solicitantes de 17-19, 21, 24, 86, 135, 164, 231, 234, 237-239, 246-250

regularização 75, 167

Roraima 19, 21, 22, 72, 75, 105, 106, 114, 134-151, 158, 172, 230

Boa Vista 19, 106-109, 111, 114, 116, 122, 137, 139-140, 143-144, 146, 158-159, 163-165, 168

Pacaraima 19, 106, 122, 143-144, 158, 162-163, 165, 168

rota migratória 34, 158-159, 162, 168, 237, 248, 256. *ver também* fronteiras

S

saúde

acesso 22-24, 34, 63, 68, 70-72, 76, 89, 107, 109-111, 113-116, 122, 124, 126, 134-135, 141, 144-146, 150, 157, 159-162, 166-168, 173, 175-176, 178, 180, 185, 199, 214, 215, 225,

234-235, 238, 246-247, 256-258,
260-265, 267-268

conceito 33, 69

saúde coletiva 29, 32, 34-35, 174, 232,
234, 237, 249

saúde mental 88, 90, 176, 178, 256-257,
260, 263

saúde pública 23, 34, 36, 69, 72, 76, 115,
124, 134, 139, 140, 144, 148, 180, 186,
191, 213, 215, 224, 229, 263, 268

saúde sexual e reprodutiva 115, 175, 179-
180, 260

segurança 18, 66, 69, 121, 141, 157, 162,
165, 178, 254

seguridade social 63-67

serviços de saúde 21-24, 29, 33, 35, 68-
69, 72, 76, 106-116, 122-126, 134-
135, 139-141, 145-150, 161, 166, 169,
172-180, 215, 230, 238, 249, 259,
261-262, 265, 266, 268

Atenção Primária à Saúde (APS) 22-23,
69, 109, 115, 121, 124-125, 139, 145-
146, 176, 178-179

sífilis 22, 106-110, 113-116, 125, 135, 172,
198

sistema de informação geográfica
(SIG) 36-39

Sistema de Registro Nacional Migratório
(Sismigra) 19, 21, 123

Sistema Único de Saúde (SUS) 22, 24,
65, 68, 71, 81, 106-107, 110-111, 116,
122-123, 125, 128, 134, 139, 164, 166,

172, 174, 176-177, 178, 180.
ver também serviços de saúde

T

teste

covid-19 71, 159

HIV 108, 110, 115, 125, 216-217,
222-224

sífilis 109-110

tuberculose 128, 223, 245, 248-249

trabalhadores 17, 30-31, 62, 86

trabalho 18, 20, 22, 30, 63, 65-68, 75,
78-79, 86-90, 105-106, 115, 121, 140-
141, 143, 157, 161-164, 167-169, 171,
176, 186, 215, 219, 224, 230, 233,
246-247, 249, 253, 258, 260-261,
263-264

trabalho doméstico 20, 177

trabalho sexual 219, 224

tratamento 23-24, 70-71, 89, 106-116,
128, 144-146, 148-150, 161, 166, 168,
172-173, 175-177, 180, 185-187, 190,
193, 198-199, 201-202, 214-215, 217,
221, 223-224, 229, 235, 238, 245-
247, 249, 256-257, 262

abandono 37, 113, 145, 148-149, 224

tríplice fronteira 185-204

tuberculose 24, 36, 42-43, 48, 52, 70-71,
115, 128, 133-134, 136-137, 141-151,
213-225, 229-231, 233-235

coinfecção com HIV 146, 148, 213-214,
216, 221, 223, 225

e migração 37-40, 50-53, 142, 145-151,
221-222, 238-250
estigma 246
incidência 37-39, 45, 48, 134, 136, 141,
143, 229, 234
mortalidade 133, 144, 149, 229
rastreamento 70-71, 225, 247-249

U

Unidade Básica de Saúde (UBS) 108-109,
111, 114-115, 124, 140, 161, 166, 176

V

Venezuela 17, 19, 20, 72-75, 86, 105, 113,
121-122, 134-137, 142-144, 157-163,
167-168, 172, 180

venezuelanos. *ver* imigrantes

venezuelanos

vigilância de vetores 193, 196-197, 199

vigilância em saúde 69-71, 124-125, 148

vigilância epidemiológica 35, 151, 177,
267

violência 18, 62-63, 67, 69, 73, 92-94,
96, 115, 256-257

violência de gênero 115, 167

violência doméstica 76, 177-178

violência familiar 178

violência física 256

violência racial 92, 95

violência sexual 115, 178, 256

vulnerabilidade 18, 22, 33, 52, 63, 65,
67-69, 71-73, 75, 79, 87-88, 90,

95-96, 123, 128, 143, 147, 171-172,
177, 181, 214, 230, 233-235, 237,
257, 266

em saúde 255, 257-258, 268

e tuberculose 230

social 18, 34, 65, 78, 88-90, 92, 143, 147,
230, 245-246, 249

socioeconômica 257, 260

X

xenofobia 18, 34, 63, 73, 89-90, 180

Z

zona fronteiriça. *ver* fronteiras

A ideia deste livro de retratar e apresentar pesquisas envolvendo a migração internacional nasceu a partir de experiências e evidências científicas produzidas por pesquisadores de universidades brasileiras e portuguesas (Universidade Federal do Espírito Santo, Universidade de São Paulo e Universidade Nova de Lisboa). Para compor esta obra, convidamos docentes, discentes e pesquisadores que desenvolveram estudos relacionados aos migrantes internacionais e/ou refugiados, discursaram e/ou vivenciaram situações relacionadas ao tema, apresentando inquietações e/ou sugestões que ampliam o conhecimento científico no âmbito da saúde coletiva.

Migrantes no Brasil e no mundo é um convite a você, leitor, para conhecer a temática, explorá-la e refletir sobre os meios de proporcionar melhores condições de vida, proteção social e saúde a essa população.

Adriana Ilha da Silva

Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Ufes. Pesquisadora do Ministério da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Doutora e mestre em Política Social pela Ufes e pela UFRJ, respectivamente.

Ethel Leonor Noia Maciel

Epidemiologista. Professora do Departamento de Enfermagem da Ufes. Doutora em Saúde Coletiva/Epidemiologia pela Uerj e mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela UFRJ. Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde entre 2023 e 2025.

Ricardo Alexandre Arcêncio

Epidemiologista. Professor da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, onde se formou doutor em Ciências e mestre em Enfermagem. Líder do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) e presidente da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB).

Resultado de várias mãos, experiências, olhares e ideias sobre saúde, vulnerabilidade e proteção social dos migrantes internacionais e refugiados, este livro se inicia falando das migrações forçadas de venezuelanos para o Brasil e avança sobre práticas de saúde, modelos de proteção social e políticas integradoras dos migrantes no país. Seguem-se a definição e histórico da epidemiologia crítica como metodologia de pesquisa e um estudo da tuberculose entre migrantes em Roraima. Há capítulos dedicados à situação das imigrantes venezuelanas com ISTs no Brasil e aos desafios migratórios enfrentados pelos indígenas Warao, que, desde 2016, se refugiam no país. As interfaces entre migração e saúde também são abordadas em âmbito global, e dois capítulos focalizam especificamente imigrantes em Portugal. Por fim, as doenças tropicais negligenciadas na Região da Tríplice Fronteira comparam entre as discussões como um fator que deve preocupar as autoridades em regiões de grande fluxo fronteiriço.