

Migrantes venezuelanos e direito à saúde: percepções de técnicos de enfermagem de um hospital geral

Loeste de Arruda Barbosa¹ (Orcid: 0000-0002-2679-5898) (loeste.arruda@gmail.com)

Alberone Ferreira Gondim Sales¹ (Orcid: 0000-0003-2686-1880) (alberonegondim@hotmail.com)

Aristides Sampaio Cavalcante Neto² (Orcid: 0000-0001-5863-4303) (aristides.neto@usp.br)

Maria Amélia de Campos Oliveira³ (Orcid: 0000-0002-0533-7193) (macampos@usp.br)

¹ Universidade Estadual de Roraima. Boa Vista-RR, Brasil.

² Instituto Federal de Roraima. Boa Vista-RR, Brasil.

³ Universidade de São Paulo. São Paulo-SP, Brasil.

Resumo: **Objetivo:** Conhecer as percepções de técnicos de enfermagem de um hospital geral relativas à imigração venezuelana e ao direito à saúde. **Método:** Pesquisa qualitativa com abordagem exploratória e descritiva que utilizou a observação participante e entrevistas semiestruturadas com 15 técnicos. Para análise dos dados, lançou-se mão do referencial de Bardin. **Resultados:** A maioria dos entrevistados associou o imigrante à piora da qualidade de vida local e à sobrecarga dos serviços de saúde. Apenas quatro consideraram a imigração e suas consequências como uma questão humanitária, demonstrando empatia com os imigrantes. Muitos manifestaram ciência do princípio da universalidade que caracteriza o sistema de saúde brasileiro, mas discordaram do direito do imigrante ao acesso gratuito aos serviços de saúde. Houve forte depreciação da saúde pública. **Conclusão:** A maioria dos entrevistados opôs-se à imigração dos venezuelanos e seus discursos continham traços de xenofobia, preconceito e discriminação. O estudo permitiu ampliar a compreensão sobre os processos de cuidar dos profissionais de saúde em um contexto de crises migratórias.

► **Palavras-chave:** Saúde Coletiva. Enfermagem. Emigração e Imigração. Direito à Saúde.

Recebido em: 14/03/2022

Revisado em: 11/09/2023

Aprovado em: 29/09/2023

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434036pt>

Editor responsável: Francisco Ortega

Pareceristas: Cristianne Rocha e João Cavalcante

Introdução

Desde 2015, um número crescente de venezuelanos ingressou no Brasil em razão da grave crise política e socioeconômica que a Venezuela atravessa. Em geral, buscam melhores condições de vida, em muitas situações, migram forçadamente para não morrer de fome (Arias, 2018). A grande maioria entrou no Brasil pela fronteira seca com Estado de Roraima e ali permaneceram, sem se deslocar para outras unidades da federação alterando profundamente as rotinas, em especial, das cidades de Pacaraima, fronteira com a Venezuela, e de Boa Vista, capital do estado (Leal *et al.*, 2021). Assim, o estado tem feito esforços para acolher e acomodar parte significativa desse contingente de migrantes venezuelanos e integrá-la à sociedade local.

A crise na Venezuela também atingiu seu sistema de saúde (Roa, 2018; The Lancet, 2018) e parte substancial dos venezuelanos chega em Roraima em busca de assistência em saúde. Juntamente com os ali já instalados, constituem uma demanda adicional para os serviços do sistema local de saúde (Almeida-Silva *et al.*, 2019; Roraima, 2019; Arruda-Barbosa; Sales; Souza, 2020; Silva; Arruda-Barbosa, 2020).

O fenômeno da imigração representa um importante desafio para a área da saúde pública, com impacto nas dinâmicas dos serviços de saúde dos países de acolhimento (Dias *et al.*, 2010). Esse desafio está sendo vivenciado em Roraima, com reflexos no sistema de saúde e nos serviços ofertados, além de aumentar a demanda de trabalho para os profissionais da saúde. Agravando esse cenário, Boa Vista tem uma rede hospitalar antiga que há muito tempo não supre a população a contento. Na rede hospitalar, o Hospital Geral de Roraima (HGR) se destaca como o principal do estado (Arruda-Barbosa *et al.*, 2023; Arruda-Barbosa; Sales; Torres, 2020). Desse modo, um dos serviços que mais tiveram a demanda aumentada foi justamente esse hospital. Dentre os profissionais de saúde que atuam no HGR, os que mais impactos sofreram em suas rotinas de trabalho foram os técnicos de enfermagem, profissionais que integram as equipes de enfermagem e compõem a linha de frente do cuidado em saúde.

Acredita-se que o trabalho dos técnicos de enfermagem e, conseqüentemente, o atendimento e os cuidados dispensados aos migrantes venezuelanos podem ser influenciados pela percepção sobre o contexto migratório e o direito à saúde, assim como o nível de empatia relacionado ao migrante. Dessa forma, o objetivo do

presente estudo foi conhecer as percepções de técnicos de enfermagem do HGR relativas à imigração venezuelana e ao direito à saúde dos migrantes.

Sua finalidade é contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à crise de imigração e saúde, uma vez que a relação entre a saúde pública e a imigração aumenta as preocupações dos gestores políticos ao redor do mundo (Fonseca, 2007). O Brasil e, em especial, Roraima, precisam encontrar os caminhos para lidar com essa situação com eficiência e respeito aos direitos humanos, o que justifica a realização deste estudo.

Método

Investigação qualitativa, exploratória e descritiva, norteadada pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), recomendado para relatos de pesquisas que coletam dados por meio de entrevistas ou grupos focais (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

O HGR é o principal hospital do estado. Embora construído em plano único e com estrutura física bastante antiga, é referência em média e alta complexidade para o interior do estado e mesmo para países vizinhos. Conta com serviço de emergência clínica e cirúrgica 24 horas, porém não inclui o serviço de obstetrícia, que fica a cargo da Maternidade local (Silva, 2017; Roraima, 2021). Possui 221 leitos, divididos entre unidade de terapia intensiva (UTI) e bloco de internação, pronto socorro e pronto atendimento. Está em andamento a construção do Bloco E, que aumentará a capacidade de internação em 120 leitos, (40 clínicos e 80 cirúrgicos) e 10 salas de cirurgia (Roraima, 2020).

Entre 2019 e 2020, o HGR realizou 188.373 atendimentos de saúde, número 5% maior que os atendimentos realizados em 2015 e 2016, anos que precederam o ápice da imigração venezuelana no estado (Roraima, 2017; 2021).

A população do estudo foi constituída por técnicos de enfermagem de diferentes setores do HGR. Os critérios de inclusão foram: ser efetivo e trabalhar no Hospital por mais de três anos, visto que a imigração venezuelana se intensificou nos últimos anos, assim, o participante também teria experiências prévias em relação ao pico da migração venezuelana. Os critérios de exclusão foram: ser estrangeiro, estar em estágio probatório ou possuir ensino superior, visto que em Roraima é comum que os técnicos de enfermagem estejam cursando ou terem concluído a graduação em

Enfermagem, mas permanecem atuando como técnicos. Escolheu-se esse critério de exclusão porque, no ensino superior, há um estudo mais aprofundado em relação ao SUS e ao direito à saúde quando comparado com o ensino técnico, o que poderia representar um possível viés.

Inicialmente, fez-se o contato com os enfermeiros dos setores onde os técnicos de enfermagem atuam, a citar: o pronto atendimento, o grande trauma e as duas UTI. Mostrou-se a carta de anuência e foi ressaltado que a pesquisa estava autorizada pela direção do hospital, pela Universidade e pelo comitê de ética. Os objetivos da pesquisa e a sua metodologia, dinâmica das entrevistas e um período de observação participante foram também explicados aos enfermeiros, que reuniram os técnicos e repassaram as informações sobre o estudo. Pediu-se aos enfermeiros de cada setor que indicasse o primeiro técnico de enfermagem para participar da pesquisa, os seguintes participantes foram indicados pelo primeiro. Os técnicos foram então convidados a participar das entrevistas e os primeiros a aceitarem os convites foram eleitos para as entrevistas, observados os critérios de inclusão.

Do total de 15 entrevistados, quatro trabalhavam no grande trauma, quatro, no pronto atendimento, quatro, na UTI I e três, na UTI II. Dentro de cada setor, procurou-se entrevistar um técnico por equipe de trabalho (geralmente há quatro equipes por setor) para assegurar maior diversidade das vivências e menor interferência de experiências vivenciadas coletivamente por uma dada equipe de enfermagem.

Utilizou-se uma entrevista semiestruturada, elaborada e gravada pelos autores, com perguntas norteadoras relativas aos impactos da imigração de venezuelanos em Roraima, em especial no sistema de saúde, e questões sobre o direito à saúde. As entrevistas ocorreram em lugares reservados dentro do hospital e duraram aproximadamente 20 minutos. Ressalta-se que os autores não têm nenhum vínculo empregatício com o HGR.

Quando um dado roteiro de entrevista é adequado, o ponto de saturação geralmente é atingido em, no máximo, 15 entrevistas (Nascimento *et al.*, 2018). Neste estudo, os dados já se apresentavam saturados na décima quinta entrevista, logo, esse foi o limite amostral.

O uso de múltiplos métodos de coleta de dados aumenta a credibilidade dos resultados (Figueiredo *et al.*, 2003). Assim, no intuito de favorecer a interpretação dos dados captados pelo roteiro de entrevista, optou-se também pela observação

participante, técnica que se caracteriza pela imersão do pesquisador na realidade do pesquisado com o propósito de promover a interatividade entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto em que vivem. Para isso, são necessários certo convívio e o intercâmbio de experiências (Fernandes; Moreira, 2013).

Como instrumento auxiliar no processo de observação participativa, utilizou-se, tal como recomendado pela literatura, um roteiro de campo com os aspectos a serem explorados durante a observação de acordo com os objetivos da pesquisa, todavia sem a preocupação de segui-los com rigidez absoluta, deixando espaço para as situações inesperadas e as percepções do observador (Fernandes; Moreira, 2013; Malinowski, 1984). Neste estudo, a observação participante foi realizada por dois dos autores pelo período de uma semana, de modo individual, em diferentes turnos e em todos os setores do hospital onde trabalhavam as equipes dos entrevistados. Foram tomados cuidados de que o observador não interferisse nas atividades laborais dos profissionais de saúde nem nas interações entre eles e os pacientes, nem fazer nenhum comentário ou julgamento das atitudes e condições de assistência no ambiente observado.

Para o tratamento dos dados, empregou-se a análise de conteúdo que, conforme Bardin (2011), compreende três fases: 1) pré-análise, em que o material é organizado, seguida da 2) exploração, em que as informações são agregadas em categorias simbólicas ou temáticas e, por último, 3) tratamento dos resultados brutos e sua interpretação, para, então, propor inferências. As falas compuseram unidades de significado com posterior agrupamento em categorias empíricas.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Roraima, tendo sido aprovada sob o parecer 3.357.346 e CAAE 12031518.5.0000.5621. A imersão no campo foi feita pelos autores após a aprovação do CEP e mediante a anuência da instituição em que foi realizado o estudo. Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes das entrevistas. Em homenagem às nações que recebem migrantes venezuelanos, nomes de países latino-americanos foram atribuídos aos depoimentos *sic erat scriptum*.

Resultados

Participaram do estudo 15 técnicos de enfermagem, sete homens e oito mulheres, quatro do grande trauma, quatro do pronto atendimento e sete das duas UTI. Suas

experiências no HGR variaram de três a 15 anos. Após a análise dos dados brutos, os resultados foram organizados em três categorias dispostas a seguir.

Categoria 1: A aversão ao migrante

Esta primeira categoria expressa o posicionamento contrário à migração venezuelana pela maioria dos entrevistados. Nas falas e suas entrelinhas, foi possível perceber a aversão apenas por se tratar de um migrante. Também houve associações com o comprometimento da qualidade de vida na cidade de Boa Vista e a piora dos serviços em virtude da presença dos migrantes venezuelanos. Alguns entrevistados chegaram a verbalizar desconforto com os pedidos de ajuda de migrantes em situação de pobreza ou vulnerabilidade social, enquanto manifestaram expressões que se assemelham ao “discurso de ódio”, que é aquele composto por palavras que tendem a insultar, assediar ou intimidar pessoas em razão de sua cor, raça, etnia, gênero, nacionalidade, religião ou sexo, com a capacidade de incentivar a violência, o ódio ou a discriminação contra tais indivíduos (Brugger, 2007).

A vinda deles para cá é podre, terrível, deveriam ficar lá, eles são muito folgados (Chile).

[Antes] a cidade era pacata, funcionava a educação, a segurança. A saúde era mais ou menos, também não tinha muitos ladrões. Piorou com eles! Eu os vejo na rua, mas não dou um real! (Brasil).

Eu me sinto na Venezuela: praças, supermercados, farmácias, tem sempre alguém falando espanhol, pedindo ajuda, vários curumins [meninos] cercando a gente, perguntam: “você pode pagar para mim?”. Eu respondo: “não! não posso!” (Chile).

Está tendo uma xenofobia muito grande e já esteve pior. Uma vez, teve revolta de brasileiros que queimaram tudo deles em Pacaraima [município de Roraima]. Isso vai criando uma rixa (Brasil).

Para mim, o máximo que eles podem ter é receber comida lá na cadeia, sem fazer nada (Colômbia).

Se eu tivesse como, pegava eles tudinho e soltava uma bomba para explodir todos. E quem diz isso como eu é criticado; na Globo, falaram que nós somos xenofóbicos com os venezuelanos (Chile).

Evidenciou-se, ainda, a percepção de que o migrante venezuelano compete pelos serviços com o roraimense, principalmente os mais pobres.

Aqui todo mundo sabe que a prioridade é para eles [venezuelanos] e isso é muito errado, pois o país é nosso e a prioridade deve ser nossa. No dia que eu for no posto de saúde e a prioridade for para eles, aí vai ter barraco. Isso é inadmissível (Chile).

Eu, como brasileiro, achei ruim. Nosso país não estava preparado! Então nosso sistema educacional ficou muito sobrecarregado (Panamá).

A gente paga imposto pra caramba e eles não pagam nada e têm muito mais regalias, isso é ridículo! (Chile).

Sei que os recursos que seriam usados para fins de ajudar os brasileiros que necessitam, que pagam imposto, que têm que ter o retorno, e não está tendo. A prioridade está sendo dos venezuelanos (Paraguai).

[O venezuelano] já recebe Bolsa Família, recebe todo tipo de assistência do governo, também devia pagar imposto! Eles são pior que o índio, entendeu? Índio só vive mamando nas tetas do governo! Os venezuelanos vieram para acabar com uma verba que a gente se preparou esse tempo todinho para estar com esse recurso (Colômbia).

Tinha que cobrar uma taxa no hospital. A gente paga os impostos, eles estão usufruindo e não contribuem com nada (Equador).

Nos outros países, quando vem imigrante, é colocado num setor diferenciado, longe, entendeu? E ficam lá recebendo medicamento e tudo, mas é lá! Não é no meio da população, atrapalhando e complicando a vida de quem está aqui (Colômbia).

Categoria 2: O olhar humanitário

Esta categoria expõe as ideias favoráveis à migração, com um olhar humanitário. Seguem três dos quatro entrevistados que consideraram o processo migratório e suas consequências como uma questão de direitos humanos, importante para a preservação dos direitos essenciais à vida, demonstrando empatia em relação aos migrantes. Ainda assim, um entrevistado (Paraguai) teve falas com críticas aos venezuelanos que foram representadas também na categoria anterior.

Eles estão correndo da fome, eu não vejo isso [a migração] como algo ruim, pois poderia ser a gente também (Paraguai)

Eles têm o direito de buscar refúgio para buscar o pão de cada dia (Uruguai)

Nós não podemos solucionar essa situação, mas podemos ajudar o que tiver em nosso alcance (México).

Categoria 3: A saúde como direito

Esta categoria congrega as ideias relativas à saúde como um direito da pessoa e dever do estado. Sabe-se que a maioria dos entrevistados tem ciência da universalidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), mas discorda do direito do migrante venezuelano de ter acesso gratuito aos serviços de saúde locais. Outros discordam

até mesmo da existência do SUS e justificam sua posição também pela ausência de pagamentos de impostos pelos migrantes.

Aí está o problema, porque o SUS é para todos! Eu acho que eles podem ser atendidos pelo SUS, mas sem prioridade (Bolívia).

Eles têm direito à saúde pela Constituição, mas nós deveríamos ter prioridade, eles deveriam contribuir para o SUS. O brasileiro está suando para pagar, eles usam e falta para nós (Argentina).

Infelizmente, ele [SUS] é direito de todos! (Peru).

Eu não concordo com o SUS! Era para ser seguro-saúde, se não paga, não recebe! Eu trabalho e é descontado de mim para sustentar o outro. Como é que uma pessoa que nunca pagou um tostão de impostos no Brasil tem os mesmos direitos? Eu sei que é desumano, mas eu não concordo (Brasil).

Deveria cobrar uma taxa deles para ter direito à saúde, a gente está contribuindo e eles, só usando (Equador).

Apenas quatro entrevistados declararam apoiar o atendimento do migrante venezuelano pelo SUS, ressaltando, entretanto, a necessidade de planejamento de gestão para que os serviços prestados sejam mais efetivos e de maior qualidade.

[O SUS] é universal... Eles [venezuelanos] têm direito... Só que o Estado deveria estar preparado, porque não adianta oferecer uma saúde de qualidade, sendo que não tem (Nicarágua).

Ué, é um direito de todo cidadão, está na Constituição. Eu não tenho nada contra eles serem atendidos gratuitamente. Principalmente porque ele já vem numa situação financeira crítica, não tem nem lógica você falar para eles começarem a pagar, né? Acho que toda pessoa tem direito de ser atendido como cidadão (México).

De alguma forma, tem um peso [financeiro] muito grande, né? Acho que deveria ser organizado para o Governo Federal ajudar mais. A gente tem que se organizar mais, dinheiro tem, tem que gerir melhor. É só isso (Paraguai).

Concordo, saúde tem que ser para todos! Não tem como você negar saúde ao ser humano (Panamá).

Com a observação participante, notou-se menor disposição para a interação profissional-paciente quando este era de origem venezuelana. Nesses casos, os técnicos solucionavam as demandas de maneira mais objetiva, sem acrescentar maiores explicações, salvo mediante solicitações. Os profissionais pareciam esperar que o migrante estrangeiro compreendesse automaticamente o funcionamento do hospital e do serviço de forma geral e que fosse passivo em relação ao que lhe estava

sendo ofertado. Quando se tratava de brasileiros, havia uma troca de informações mais prolongada, principalmente devido ao entendimento da fala.

Atitudes discriminatórias perante os migrantes foram observadas, ainda que bastante veladas. Os técnicos de enfermagem prestavam os cuidados necessários, em geral realizando procedimentos relacionados à assistência técnica. Observaram-se diferenças, no entanto, quando se tratava da humanização do cuidar: para os brasileiros, havia maior acolhimento e esclarecimentos, enquanto para os venezuelanos, o cuidado era mais breve e menos afetivo e interativo.

Discussão

A maioria dos entrevistados (11 de 15) expressou ideias xenofóbicas por diferentes motivos. Um deles até reconheceu que há xenofobia no Estado de Roraima, fazendo menção a um episódio de violência ocorrido na fronteira, em que os venezuelanos foram agredidos e tiveram seus pertences queimados em uma manifestação de brasileiros contra esses migrantes (Veja, 2018). A xenofobia revela-se como um traço comum a vários tipos a discriminação que, a depender do grupo estigmatizado, incluem o racismo e a intolerância religiosa (Farah, 2017). Não está relacionada apenas à violência física ou verbal, mas pode ser também em um processo silencioso, que machuca, oprime, cala e que pode interromper o desenvolvimento de um indivíduo em razão dos impactos psicológicos que poderão acompanhá-lo por muito tempo.

Aliado à xenofobia existe um componente socioeconômico, visto que a maioria dos migrantes venezuelanos está em situação de extrema pobreza. A maioria depende de abrigos montados pela Operação Acolhida e, sem essa assistência, viveria nas ruas e com extrema insegurança alimentar (Arruda-Barbosa *et al.*, 2020). Logo, parece haver também aporofobia, aversão a pobres (Cortina, 2017), comportamento não esperado para profissionais de saúde que atuam, sobretudo, em hospitais públicos, onde parte significativa da demanda é de pessoas mais vulneráveis socioeconomicamente.

Uma das maiores barreiras para a inserção do imigrante internacional na sociedade brasileira é vencer a xenofobia e o preconceito (Silva; Fernandes, 2017) que não atingem apenas os venezuelanos, mas também os de outras nacionalidades, que precisam lidar com essas e outras dificuldades: ter uma idioma diferente, sofrer constantes ataques racistas e perseguição religiosa, dentre outras formas de exclusão e discriminação de que são alvos frequentes (Ca; Mendes, 2020).

A literatura evidencia que, de fato, existem migrantes venezuelanos que optaram vir para o Brasil pela possibilidade de acesso gratuito à educação e outros serviços públicos (Arruda-Barbosa *et al.*, 2020). Verifica-se, assim, a intensificação de demandas por moradia, segurança, serviços de saúde, trabalho e alimento, entre outros (Silva; Arruda-Barbosa, 2020).

As falas dos entrevistados revelam que não há disposição para o acolhimento dessas demandas, seja no uso da assistência de saúde ou em outros serviços públicos da cidade, mas sim segregação. As necessidades da população migrante venezuelana que está em situação de grande vulnerabilidade social são pouco consideradas. Na visão dos entrevistados, os estrangeiros que vivem no Brasil não pagam impostos, logo não devem ter acesso aos serviços públicos gratuitos. Embora não haja cobrança por serviços de saúde em instituições públicas, consideram que tais serviços deveriam ser cobrados dos venezuelanos. Não é levado em consideração que todas as pessoas inseridas na atual conformação urbano-capitalista ocidental – mesmo quando marginalizadas – fazem contribuições tributárias, uma vez que a maioria dos tributos é paga de forma indireta, embutida nos preços de bens e serviços.

A primeira barreira a ser vencida pelo imigrante no Brasil é a falta de acolhimento (Silva, 2017), ausente nos relatos dos entrevistados em relação aos migrantes venezuelanos, visto que os técnicos de enfermagem os veem como os responsáveis pelas mazelas sociais de Roraima e suas necessidades são subvalorizadas diante uma visão etnocêntrica, em que os direitos sociais são restritos aos brasileiros.

A observação participante corrobora esses dados, pois foi possível notar preconceitos entre os entrevistados que, de modo geral, associam o acesso e o direito à assistência à saúde do migrante venezuelano à perda de direitos dos roraimenses. Nos diálogos informais entre esses técnicos ou entre eles e o observador foram frequentes frases do tipo: “veja quantos venezuelanos tem nesse setor, mais que brasileiros”; “Um leito ocupado por um venezuelano tira a chance de um brasileiro se tratar”; “Enquanto um venezuelano está aqui na UTI, tem um brasileiro jogado lá no trauma esperando uma vaga”.

Também foram feitos comentários que associavam a ausência de recursos hospitalares (por ex., falta de leitos medicamentos ou pessoal) ao uso pelos pacientes venezuelanos. Não havia a interpretação de que qualquer paciente, na mesma condição, usaria os mesmos recursos, podendo esvaziar os estoques, que seriam consumidos da mesma forma. O venezuelano era sempre visto como a causa dos

problemas enfrentados no serviço, mesmo que, quando questionados, os técnicos afirmassem que a limitação de recursos e insumos era uma problemática anterior ao aumento da imigração. Notava-se a clara intenção de responsabilizar exclusivamente os venezuelanos por diversos problemas observados em Roraima, muitos dos quais têm causas estruturais e já estavam presentes antes mesmo da atual conjuntura migratória (Milesi; Coury; Rovey, 2018).

Do ponto de vista político-administrativo de Roraima, sabe-se que a discriminação contra venezuelanos foi estimulada por lideranças políticas locais, para quem a xenofobia pode representar uma forma de alienar a população em relação às causas estruturais dos diversos problemas que enfrentam os roraimenses, sobretudo nas proximidades de período eleitoral. Por outro lado, se esse discurso vem funcionando e sendo tão amplamente adotado, pode ser indício de que ele está, de certo modo, alinhado com os anseios dos eleitores (Milesi; Coury; Rovey, 2018). Toda essa conjuntura se reflete dentro do sistema de saúde.

Outra barreira importante é o idioma, pois é um dos condicionantes da ampliação do estigma contra um grupo dominado (migrantes) pelo grupo dominante (moradores locais). O idioma é uma das importantes manifestações culturais que fundamentam e fortalecem a identidade de um povo, e também um dos elementos essenciais no processo de integração e da interação, principalmente no contato com o outro (Ca; Mendes, 2020). A barreira do idioma pode ampliar a discriminação de um grupo, facilitando e potencializando a dominação (Diehl, 2015). Um falante de idioma estrangeiro ou mesmo um falante do português com sotaque estrangeiro podem se tornar objeto de preconceito automático, assim como a cor da pele gera o racismo.

Com base nas observações em relação ao idioma, percebeu-se que a língua é um fator estigmatizante. Contudo, um fato chamou a atenção: o idioma parece ser um entrave maior para o profissional de saúde que para o venezuelano e isso pode abrir um leque de possibilidades para investigações futuras que envolvam o impacto das diferenças culturais e linguísticas na assistência ao migrante venezuelano.

A barreira linguística, em conjunto com os posicionamentos contrários à imigração forçada, cria uma realidade social já descrita (Arias, 2018): a perda do apreço pelo diálogo e pela democracia é exacerbada pela contraposição política no Brasil de extrema direita (Governo Bolsonaro) *versus* a Venezuela de extrema esquerda (Governo Maduro) que supervaloriza o Estado em detrimento da iniciativa privada

e livre comércio. Conjectura-se, portanto, que a população brasileira corre o risco de descarregar suas frustrações contra os migrantes venezuelanos que se tornaram alvo da própria migração e ainda pelo julgamento social de que trazem consigo as mazelas socioeconômicas de seu país.

Alguns entrevistados têm um olhar mais ampliado em relação à problemática com base na compreensão das causas forçadas do processo migratório, das competências culturais e dos cuidados em saúde equitativos. Essa visão condiz com a posição acolhedora que tradicionalmente o Estado brasileiro demonstrou ao mundo ao longo do tempo, por meio de políticas públicas e acordos internacionais relacionados aos direitos humanos e à imigração. O Brasil foi o primeiro país a ratificar a Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados; a sancionar uma Lei Nacional de Refúgio; a possuir um Comitê Nacional para Refugiados, além de ser membro do Comitê Executivo da Agência das Organizações das Nações Unidas para Refugiados (Brasil, 2017; Dominguez; Baeninger, 2016; Brasil, 1997). Em 2019 o Governo Bolsonaro retirou o Brasil do Pacto Global para Migração Segura, Ordenada e Regular e recentemente o Governo Lula retornou a ele (Brasil, 2023).

Abre-se também a possibilidade de futuras investigações quantitativas mais abrangentes em saúde direcionadas ao grau de sensibilização e ao impacto de ações educativas para os profissionais que lidam diretamente com os migrantes, como os profissionais de saúde aqui estudados. A esse respeito, exemplos podem ser constatados na Política Portuguesa de Integração dos Imigrantes, que prevê a capacitação dos profissionais do serviço público que atuam no setor de imigração (Costa, 2016).

A educação para as competências culturais, que se baseia em aproximar o educando da cultura e dos costumes de um dado grupo social, é uma estratégia importante para abordar as desigualdades na saúde, e deve ser direcionada para os profissionais de saúde a fim de garantir que todos os adultos e crianças possam receber os cuidados de saúde equitativos e eficazes, em particular os que são cultural e linguisticamente de origens diversas (Masland; Kang; Ma, 2011; Goulart; Levey; Rech, 2018).

O direito universal à saúde é uma bandeira de luta do movimento social brasileiro desde os anos de 1970 e hoje é uma garantia constitucional (Cebes, 2014; Brasil, 1988). Lamenta-se que, após todos esses anos de lutas e decorridos mais de 35 anos de esforços para o fortalecimento do SUS, ainda se encontrem

profissionais de saúde, trabalhadores estatutários do SUS, que o desvalorizam, discordam de sua existência ou desejam a restrição do acesso em saúde. Acredita-se que esse posicionamento esteja fortemente influenciado não apenas pelas ideias xenofóbicas aqui apresentadas, mas também pelo forte desconhecimento histórico da evolução do sistema de saúde no Brasil, que outrora se fundamentava na assistência restritiva, hospitalocêntrica e biomédica que caracterizava o modelo de saúde nacional prévio à Constituição de 1988.

A depreciação do SUS apoia-se no discurso da pseudoeficiência dos serviços privados de saúde, em especial o estadunidense. Entretanto, em estudos sobre os sistemas de saúde de 11 países desenvolvidos, o restritivo e privatizado sistema de saúde dos Estados Unidos foi classificado como o pior. Apresentou os maiores gastos em saúde, eficiência administrativa reduzida e piores resultados em equidade, acesso, qualidade, expectativa de vida e mortalidade infantil. Além disso, é um sistema segmentado e fragmentado em sua organização, oferta, financiamento, regras de elegibilidade e cesta de serviços cobertos. No intuito de ampliar o acesso à saúde, na gestão Obama foi proposto o programa denominado *Obamacare*, que expandiu a cobertura por meio de subsídios aos seguros privados e inclusão nos esquemas segmentados públicos, porém sem alcançar a universalidade já conseguida no Brasil pelo SUS (Schneider *et al.*, 2017; Birn; Hellander, 2016).

Percebe-se, assim, como são fortes as influências da divulgação de ideias da supremacia da assistência privada em saúde em relação ao SUS, seja ela de cunho nacional ou internacional que, aliada às outras influências já discutidas, contribui para os discursos de subvalorização do SUS e incentivo à exclusão social de migrantes pobres ao invés de inclusão, acolhimento, equidade e humanização da assistência, como se espera de um profissional de saúde.

Sabe-se que o acesso aos sistemas nacionais de saúde e a obtenção de bons resultados no estado de saúde dos indivíduos têm se tornado indicadores fundamentais da integração dos migrantes, logo a saúde é um aspecto essencial de sua inserção social. A negação do acesso à saúde aos migrantes também pode estar ligada à falta de preparo e sensibilidade do profissional de saúde (Fonseca *et al.*, 2007). Assim, mais que capacitações para lidar com migrantes, é preciso exercitar a empatia e a humanização do cuidado em saúde em Roraima, haja vista apenas a minoria dos participantes ter esboçado um olhar mais humanizado e inclusivo para com os estrangeiros.

Descreve-se, por fim, que há concordância por parte dos autores com a percepção dos quatro entrevistados que foram os únicos a considerar que os migrantes venezuelanos não sejam apenas aliviados da fome no Brasil, mas também de sua necessidade de serem aceitos e incluídos como sujeitos de direitos na sociedade receptora.

Adverte-se que todo o resto é usar o seu sofrimento como uma vil e indigna moeda de cunho ideológico com finalidades políticas, como já vem sendo usado nessas questões atualmente ao redor do mundo (Arias, 2018) e em Roraima não tem sido diferente. Entende-se que essa sensibilização é necessária para a sociedade plural, sobretudo para os profissionais de saúde que lidam com a face mais fragilizada da vida humana: as rupturas na qualidade de vida e de saúde em situações de emergência que geralmente desestabilizam o processo saúde-doença na direção da doença.

Pondera-se ainda que a escolaridade dos entrevistados em nível técnico, aliada à possível falta de capacitações relativas ao SUS e sua estrutura, possam ter exercido influência nos relatos expostos, visto que não tiveram a oportunidade de estudos mais aprofundados sobre ética em saúde, antropologia e filosofia aplicada à saúde, além de uma bagagem de disciplinas relacionadas ao SUS e ao direito à saúde, presentes na maioria dos cursos de graduação em saúde. Sobre essa questão, Rodrigues e Andrade (2017) dizem que há fragilidades evidentes no processo de formação de técnicos de enfermagem no Brasil. Refletindo-se em cuidados não integralizados resultantes de formação profissional rápida e qualidade duvidosa. Este fato colabora para que sejam formados apenas com conteúdos técnicos e que não sejam abordadas as discussões que visem às múltiplas dimensões de cuidado.

Como principais limitações deste texto científico, apontam-se: a realização em apenas um hospital, embora seja o principal do estado, e de não terem sido ampliados os setores onde os técnicos de enfermagem atuavam. No intuito de ampliação do conhecimento gerado no presente estudo, sugerem-se novas pesquisas com essa vertente desenvolvidas com enfermeiros e outros profissionais de saúde com ensino superior.

Considerações finais

Este estudo permitiu conhecer as percepções de técnicos de enfermagem sobre os migrantes venezuelanos, tendo constatado que a maioria os enxerga como responsáveis por muitas das atuais mazelas sociais em Boa Vista, Roraima, além

de expor ideias xenofóbicas e preconceituosas. Foram percebidos comportamentos e ideias de base segregacionista, inclusive com críticas à universalização do direito à saúde pelo SUS. Permitiu ainda ampliar o entendimento sobre os processos de cuidar dos profissionais de saúde que se situam em ambientes de crises migratórias, além de levantar a reflexão sobre o impacto que os processos educativos sobre a diversidade cultural e o direito à saúde poderiam ter na humanização de assistência e no acolhimento nos serviços de saúde.

Estudos futuros poderão ser desenvolvidos para ampliar o entendimento relacionado ao direito à saúde dos migrantes, envolvendo enfermeiros a fim de comparar os resultados com os obtidos neste estudo e analisar se a bagagem de conhecimento adquirida no ensino superior influencia a compreensão sobre o processo de imigração e o direito à saúde.¹

Referências

ALMEIDA-SILVA, A. *et al.* Avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários da estratégia de saúde da família da cidade de Boa Vista-RR. *Saúde em Redes*, v. 5, n. 2, p. 301-314, 2019.

ARIAS, J. A dor dos imigrantes venezuelanos como vil moeda eleitoral [internet]. Opinião. *El País*. 20 ago. 2018. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2018/08/21/opinion/1534802800_558010.html> Acesso em 15 jan. 2022.

ARRUDA-BARBOSA L *et al.* Aspectos gerais da vida de imigrantes em abrigos para refugiados. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 33, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/10734>> Acesso em: 16 jan. 2022.

ARRUDA-BARBOSA, L.; SALES, A. F. G.; SOUZA, I. L. L. Reflexos da imigração venezuelana na assistência em saúde no maior hospital de Roraima: análise qualitativa. *Saúde e Sociedade*, v. 29, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190730>> Acesso em: 15 jan. 2022.

ARRUDA-BARBOSA, L.; SALES, A. F. G.; TORRES, M. E. M. Impacto da migração venezuelana na rotina de um hospital de referência em Roraima, Brasil. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190807>> Acesso em: 15 jan. 2022.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BIRN, A. E.; HELLANDER, I. Market-driven health care mess: the United States. *Cadernos de saúde pública*, v. 32, n. 3, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00014816>> Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. *Lei nº 13.445*, de 24 de maio de 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm> Acesso em: 9 set. 2023.

BRASIL. *Lei nº 9.474*, de 22 de julho de 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9474.htm> Acesso em: 9 set. 2023.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. *Retorno do Brasil ao Pacto Global para Migração Segura, Ordenada e Regular*. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/retorno-do-brasil-ao-pacto-global-para-migracao-segura-ordenada-e-regular> Acesso em: 9 set. 2023.

BRUGGER, W. Proibição ou proteção do discurso do ódio? Algumas observações sobre o direito alemão e o americano. Tradução de Maria Ângela Jardim de Santa Cruz Oliveira. *Revista de Direito Público*. Brasília: Instituto Brasiliense de Direito Público, ano 4, v. 15, n. 117, jan-mar, 2007.

CÁ, V. I. V.; MENDES, J. M. R. Desafios e dificuldades enfrentadas pelos imigrantes senegaleses no processo de integração social na sociedade brasileira. *Humanidades & Inovação*, v. 7, n. 2, p. 76-85, 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/2383>> Acesso em: 16 jan. 2022.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. *Manifesto do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde em defesa do direito universal à saúde: saúde é direito não é negócio*. Rio de Janeiro: Cebes; 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/linha-do-tempo/2014-2/>> Acesso em: 16 jan. 2022.

CORTINA, A. *Aporofobia, el rechazo al pobre*. Barcelona. Ed: Paidós, 2017.

COSTA, P. M. A política portuguesa de integração dos imigrantes: uma análise dos dois primeiros planos de integração. *Políticas de igualdade e inclusão: reflexões e contributos I*, p. 32-59, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.2/5708>> Acesso em: 16 jan. 2022.

DIAS *et al.* Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. *Arq. Med.* v. 24, n. 6, p 253-259, 2010. Disponível em: <https://www.academia.edu/7088977/>> Acesso em: 15 jan. 2022.

DIEHL, F. O uso do conceito de estigma para compreender a discriminação contra o imigrante haitiano no interior do Rio Grande do Sul. *Revista Café com Sociologia*, v. 4, n. 2, p. 04-08, 2015. Disponível em: <https://revistacafecomsociologia.com/revista/index.php/revista/article/view/510>> Acesso em: 16 jan. 2022.

DOMINGUEZ, J. A.; BAENINGER, R. Programa de reassentamento de refugiados no Brasil. *Anais*, p. 1-14, 2016. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1583>> Acesso em: 16 jan. 2022.

FARAH, P. D. Combates à xenofobia, ao racismo e à intolerância. *Revista USP*, n. 114, p. 11-30, 2017. <Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i114p11-30>> Acesso em: 15 jan. 2022.

FERNANDEZ, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. *Physis*, v. 23, p. 511-529. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200010>> Acesso em: 15 jan. 2022.

FIGUEIREDO, J. P. *et al.* Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. Camarate: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas. *Interações: sociedade e as novas modernidades*, n. 5, 2003. Disponível em: <<https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/93>> Acesso em: 15 jan. 2022.

FONSECA, M. L. *et al.* Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política. *Revista Migrações: número temático Imigração e Saúde*. Lisboa, n. 1, p. 27-52, set. 2007.

GOULART, B. G.; LEVEY, S.; RECH, R. S. Multicultural skills, health care and communication disorders. *Cadernos de saude publica*, v. 34, p. e00217217, 2018. Disponível em: <DOI: 10.1590/0102-311X00217217> Acesso em: 16 jan. 2022.

LEAL, N. A. *et al.* Refugiados venezuelanos em abrigos de Roraima: convivência, higiene, segurança e saúde dos abrigados. *SANARE - Revista de Políticas Públicas, [S. l.]*, v. 21, n. 1, 2022. DOI: 10.36925/sanare.v21i1.1577. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1577>. Acesso em: 9 set. 2023.

MALINOWSKI, B. *Os argonautas do pacífico ocidental*. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MASLAND, M. C.; KANG, S. H.; MA, Y. Association between limited English proficiency and understanding prescription labels among five ethnic groups in California. *Ethnicity & health*, v. 16, n. 2, p. 125-144, 2011. Disponível em: <DOI: 10.1080/13557858.2010.543950> Acesso em: 16 jan. 2022.

MILESI R, COURY P; ROVERY J. Migração venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual. *Revista Aedos*, v. 10, n. 22, p. 53-70, 2018. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/aedos/article/view/83376/49791>> Acesso em: 16 jan. 2022.

NASCIMENTO, L. C. N. *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 228-233, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>> Acesso em: 15 jan. 2022.

ROA, A. C. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, p. e00058517, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00058517>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

RODRIGUES, N. R.; ANDRADE, C. B. O cuidado na formação dos técnicos de enfermagem: análise dos projetos políticos pedagógicos Care in the training of nursing technicians: an analysis of political pedagogical projects. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental On-line*. Rio de Janeiro, Brasil, v. 9, n. 1, p. 106-113, 2017. Disponível em: DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.106-113. Acesso em: 9 set. 2023.

RORAIMA. *Decreto nº 26.577-e*, de 24 de fevereiro de 2019. Disponível em: <http://www.imprensaoficial.rr.gov.br/app/_visualizar-doe/> Acesso em: 15 jan. 2022.

RORAIMA. *HGR completa 29 anos de funcionamento*. Portal do Governo de Roraima. 2020. Disponível em: <https://portal.rr.gov.br/index.php/noticias/item/2262-hgr-completa-29-anos-de-funcionamento>> Acesso em: 15 jan. 2022.

RORAIMA. *Relatório Anual de Gestão Secretaria de Estado da Saúde*, 2017. Disponível em:<<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=14&codTpRel=01>> Acesso em: 15 jan. 2022.

SCHNEIDER, E. C. *et al. Mirror 2017: international comparison reflects faws and opportunities for better US health care*, 2017

SILVA, F. R.; FERNANDES, D. Desafios enfrentados pelos imigrantes no processo de integração social na sociedade brasileira. *Revista do Instituto de Ciências Humanas*, v. 13, n. 18, p. 50-64, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/view/16249>> Acesso em: 16 jan. 2022.

SILVA, P. S.; ARRUDA-BARBOSA, L. Imigração de venezuelanos e os desafios enfrentados por enfermeiros da atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 2, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3091>> Acesso em: 16 jan. 2022.

SILVA, S. A. G. J. *Dificuldades no atendimento a pacientes estrangeiros em Roraima: na perspectiva da saúde do trabalhador*. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/bitstream/handle/unirio/10913/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20CAPA%20DURA.pdf?sequence=1>> Acesso em: 15 jan. 2022.

SOUZA, E. N. da C. *et al.* Mapeamento das competências de técnicos de enfermagem em um hospital público. *Revista de Administração em Saúde*, v. 20, n. 81, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.23973/ras.81.224>> Acesso em: 15 jan. 2022.

SOUZA, V. R. S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *ACTA Paulista de Enfermagem*, [S. l.], v. 1, n. 34, p. 1-9, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.37689/actape/%0A2021AO02631>> Acesso em: 15 jan. 2022.

THE LANCET. The collapse of the Venezuelan health system. *Lancet (London, England)*, v. 391, n. 10128, p. 1331, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29636257/>> Acesso em: 15 jan. 2022.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

VEJA. *Brasileiros queimam acampamentos e agriem venezuelanos em Roraima*. São Paulo, 18 ago. 2018. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/brasil/brasileiros-queimam-acampamentos-e-agriem-venezuelanos-em-roraima/>> Acesso em: 15 jan. 2022.

Nota

¹ L. de A. Barbosa: orientação do projeto de pesquisa; observação participante análise dos resultados e escrita do artigo. A. F. G. Sales: escrita do projeto; coleta e análise de dados; escrita e aprovação do artigo. A. S. Cavalcante Neto: participação na escrita e aprovação final do artigo. M. A. de C. Oliveira: escrita e aprovação do artigo.

Abstract

Venezuelan migrants and the right to health: perceptions of nursing technicians at a general hospital

Objective: To understand the perceptions of nursing technicians at a general hospital regarding Venezuelan immigration and the right to health. **Method:** Qualitative research with an exploratory and descriptive approach using participant observation and semi-structured interviews with 15 technicians. Bardin's framework was used to analyze the data. **Results:** Most interviewees associated immigrants with a worsening quality of local life and an overload of health services. Only four considered immigration and its consequences to be a humanitarian issue, showing empathy with immigrants. Many were aware of the principle of universality that characterizes the Brazilian health system but disagreed with the immigrant's right to free access to health services. There was a strong depreciation of public health. **Conclusion:** Most of the interviewees opposed the immigration of Venezuelans and their speeches contained traces of xenophobia, prejudice, and discrimination. The study allowed us to broaden our understanding of the care processes of health professionals in the context of migratory crises.

► **Keywords:** Collective Health. Nursing. Emigration and Immigration. Right to Health.

