

O “sujeito migrante venezuelano” no Brasil: concepções de gestoras de serviços de saúde do SUS

The “Venezuelan migrant subject” in Brazil: conceptions of managers of the Unified Health Care System

Pedro Henrique Conte Gil^a

 <https://orcid.org/0000-0003-1158-8199>

E-mail: pedrohcontegil@gmail.com

Georgius Cardoso Esswein^b

 <https://orcid.org/0000-0002-6757-1954>

E-mail: georgius.esswein@gmail.com

João Luís Almeida Weber^c

 <https://orcid.org/0000-0002-7434-2359>

E-mail: jlweber27@gmail.com

Marina Basotti^c

 <https://orcid.org/0009-0003-2085-7503>

E-mail: mbasotti@gmail.com

Adolfo Pizzinato^d

 <https://orcid.org/0000-0002-1777-5860>

E-mail: adolfopizzinato@hotmail.com

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre, RS, Brasil.

^b Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Universidade La Salle. Curso de Graduação em Psicologia. Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Centro Universitário da Serra Gaúcha. Curso de Graduação em Psicologia. Caxias do Sul, RS, Brasil.

^d Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social. Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo

O objetivo deste estudo é analisar as concepções de gestoras dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o sujeito venezuelano, bem como as práticas de saúde de suas respectivas equipes de profissionais com a população venezuelana, em um município do interior do Rio Grande do Sul (RS). Trata-se de um estudo qualitativo, que operacionalizou grupos focais com gestoras dos serviços de saúde da região. Os resultados foram submetidos à análise temática indutiva e organizados em dois principais temas: (1) concepções sobre o “sujeito migrante venezuelano” no Brasil; e (2) políticas, estratégias e práticas de saúde e cuidado com a população venezuelana. Identificou-se que as concepções das gestoras apontam para uma vulnerabilização da população venezuelana em diferentes esferas concomitante a uma não diferença em relação aos brasileiros e questionamento dos direitos à saúde da população migrante no Brasil. Além disso, não há políticas públicas de saúde específicas para os migrantes venezuelanos, mas ações em nível interpessoal dos profissionais dos serviços de saúde. Conhecer as especificidades das populações migrantes, como dos venezuelanos, oportuniza o desenvolvimento de políticas públicas de saúde consistentes, sobretudo para a proposição de práticas em saúde mais culturalmente sensíveis.

Palavras-chave: SUS; Atenção Básica; Migração Humana; Venezuela; Grupos focais.

Correspondência

Pedro Henrique Gil

pedrohcontegil@gmail.com.

Rua Ramiro Barcelos, 2600 - Santa Cecília, Porto Alegre - RS, 90035-003

Abstract

The objective of this study is to analyze the conceptions of managers of SUS health services regarding the Venezuelan subject, as well as the health care practices of their respective teams of professionals with the Venezuelan population, in a municipality in Southern Brazil. This is a qualitative study that involved focus groups with managers of health services in the region. The results were analyzed through an inductive Thematic Analysis, and organized into two main themes: (1) conceptions about the “Venezuelan migrant person” in Brazil; and (2) health care policies, strategies and practices for the Venezuelan population. We identified that the conceptions of managers point to a vulnerability of the Venezuelan population in different spheres, while indicating a non-difference in relation to Brazilians and questioning regarding the health rights of the migrant population in Brazil. Furthermore, there are no specific public health policies for Venezuelan migrants, however actions at an interpersonal level by health service professionals. Getting to know the specificities of migrant populations, such as Venezuelans, provides an opportunity to develop consistent public health policies, especially for proposing more culturally sensitive health practices. **Keywords:** Unified Health System; Primary Health Care; Human Migration; Venezuela; Focal groups.

Introdução

De acordo com a Organização Internacional para as Migrações (IOM), agência oficial da Organização das Nações Unidas (ONU) para pessoas em condições de mobilidade, o fluxo migratório venezuelano já é considerado o maior êxodo da história contemporânea da América Latina (IOM, 2024). Devido à complexa conjuntura de fatores históricos, geopolíticos e socioeconômicos, a Venezuela enfrenta uma crise humanitária e de violação de direitos humanos que levaram mais de 7 milhões de venezuelanos a deixarem o país.

O Brasil, primeiramente por ser um país fronteiriço, tornou-se um importante destino para a população venezuelana. Dados da Polícia Federal registram que, desde 2018, mais de 640 mil venezuelanos já entraram em território brasileiro, sendo que esse número aumenta diariamente (IOM, 2024). Em termos de saúde, devido à fragilidade dos recursos humanos e escassez de insumos dos dispositivos de saúde da Venezuela, a maioria dos centros de saúde do país colapsaram e não têm condições de oferecer assistência básica à população (Mazuera-Arias *et al.*, 2019). Portanto, para além da proximidade geográfica, a universalidade e gratuidade do Sistema Único de Saúde (SUS) têm se mostrado relevantes na escolha do Brasil como país destino, pois consiste em uma alternativa possível para tratamentos e cuidados em saúde (Gil *et al.*, 2024).

Nessa conjuntura, a população venezuelana passa a compor uma parcela significativa dos usuários do SUS, sobretudo da Atenção Básica, que é a porta de acesso e organizadora do cuidado nos serviços de saúde (Brasil, 2017). Sabe-se que os princípios doutrinários e organizativos do SUS e da Atenção Básica, bem como as políticas públicas ramificadas, alinham-se ao paradigma da atenção integral à saúde, que avança da lógica estritamente orgânica e abarca as dimensões físicas, psicossociais, culturais, ambientais e contextuais de seus usuários, no momento de prestar assistência à saúde (Brasil, 2017; Scliar, 2007). Já especificamente nos atendimentos de populações migrantes, os profissionais de saúde precisam orientar suas práticas em saúde de forma que sejam culturalmente sensíveis, que respeitem marcadores para além dos biológicos

e socioeconômicos, atendendo aos referenciais subjetivos, como os históricos, políticos, linguísticos, étnico-raciais e simbólicos (Amarante; Costa, 2012).

A relação entre SUS e processos migratórios têm sido alvo de pesquisas na atualidade. Revisões da literatura apontam para os desafios da população migrante no acesso aos serviços e cuidados em saúde nesses dispositivos. Entre os elencados, destaca-se as dificuldades na comunicação, as distintas concepções de saúde e doença, as intolerâncias culturais e religiosas, a falta de políticas públicas consistentes, além das resistências e atitudes discriminatórias dos profissionais de saúde (Faqueti; Grisotti; Risson, 2020; Araújo et al., 2021). Especificamente com relação à Atenção Básica, uma revisão sistemática envolvendo estudos de diferentes países concluiu que os desafios de prestar assistência aos migrantes se referem à sobrecarga de trabalho dos profissionais, à falta de formação e preparo para lidar com as especificidades dessas populações e à precarização e insuficiência de recursos dos serviços (Lima Junior et al., 2022). Há, também, evidências regionalizadas e qualitativas que apontam para os entraves em efetivar a universalização do acesso do sujeito migrante em território brasileiro, por um desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o direito de acesso à saúde da população (Delamuta et al., 2020).

Contudo, a literatura específica sobre a migração venezuelana nos dispositivos de saúde do SUS ainda é limitada, sobretudo por se tratar de um fenômeno recente (Barreto et al., 2018). De todo modo, as evidências disponíveis também denotam fragilidades na proposta de atenção integral à saúde da população venezuelana, especialmente ao considerarmos os entraves que já foram documentados em relação a outros processos migratórios, que incluem disparidades linguísticas, concepções e práticas discriminatórias dos serviços e profissionais de saúde e o desconhecimento dos fluxos do SUS. Tratam-se de questões que comprometem a longitudinalidade do cuidado da população e, portanto, sua efetividade (Arruda-Barbosa; Sales; Souza, 2020; Barreto et al., 2018; Silva; Arruda-Barbosa, 2020; Neto; Oliveira, 2021). Entretanto, tem-se pensado que a migração venezuelana ao Brasil possui conotações específicas, quando comparada a outros grandes fluxos migratórios já ocorridos

no país, como o dos haitianos (Gil; Pizzinato, 2023; Gil; Lopes, 2024). Essas concepções, além do crivo étnico-racial e majoritariamente econômico, também perpassam as dimensões políticas e sociais atribuídas à Venezuela, de que o país teria sido destruído pela ideologia e prática do “comunismo” (Chagas; Modesto; Magalhães, 2019). Mesmo sendo algo com menos lastro no real, essa leitura parece suscitar respostas ambivalentes nos brasileiros, ora sendo de inclusão, por uma via salvadorista (Gil et al., 2024), e em outras, de exclusão, que parecem estar associadas ao entrelaçamento entre racismo e a xenofobia (Faustino; Oliveira, 2021).

Esse escopo de representações, quando nos profissionais, invariavelmente, tem desdobramentos na saúde da população, seja em nível de práticas mais verticalizadas ou na própria relação profissional-usuário, já que ambas podem afetar mutuamente a adesão e a longitudinalidade do cuidado (Caprara; Rodrigues, 2004). Nesse sentido, compreender melhor essas concepções sobre o sujeito migrante venezuelano são cruciais para concretizar a proposta da atenção integral em saúde das populações migrantes como um todo, contribuindo para a elaboração de políticas públicas consistentes que, além de promover melhores índices de qualidade de vida, também mitiguem práticas xenofóbicas e discriminatórias nos dispositivos de saúde (Amarante; Costa, 2012). Diante dessa problemática, associada às lacunas na literatura sobre esse fenômeno recente e emergente no Brasil, o objetivo deste estudo é analisar as concepções de gestoras dos serviços de saúde do SUS sobre o sujeito venezuelano, bem como as práticas de saúde e cuidado de suas respectivas equipes de profissionais com a população venezuelana, em um município do interior do Rio Grande do Sul (RS).

Método

Delineamento e procedimentos

Este manuscrito refere-se a um estudo de delineamento transversal, exploratório e descritivo (Creswell, 2021), que buscou compreender os efeitos de uma intervenção formativa operacionalizada pelo grupo de pesquisa, a partir de grupos focais

com gestoras dos serviços de saúde. As perspectivas teóricas utilizadas para a análise de dados envolveram a articulação entre produções teóricas da Psicologia, Ciência Sociais, Saúde Coletiva e estudos empíricos sobre a população migrante venezuelana, atentando-se para as especificidades desse processo migratório no território investigado. Destaca-se ainda que a leitura dos fenômenos analisados partiu da concepção de que os sujeitos da pesquisa não são a origem absoluta de seus discursos, mas também reprodutores de concepções hegemônicas de seu território (Caregnato; Mutti, 2006). Por isso, elementos específicos do território, do fluxo migratório e das características dos serviços, também foram considerados no processo de análise, de modo que nosso objetivo não foi oferecer um dado absoluto e generalizável, mas uma perspectiva territorIALIZADA e histórica (Haraway, 1995) que contribuísse para pensar a relação das gestoras com suas concepções e práticas de cuidado em saúde da população venezuelana.

Assim sendo, os dados deste artigo advêm de um projeto de pesquisa maior, denominado “Indicadores de saúde e apoio social de migrantes venezuelanos: um estudo longitudinal” no qual, um dos estudos integrados, consistiu na elaboração e execução de uma formação para profissionais de saúde do SUS da região serrana do Rio Grande do Sul (RS) sobre relações étnico-raciais, processos migratórios e diversidade sexual e de gênero em saúde. Essa formação consistiu em uma pesquisa intervenção, de caráter formativo, com momentos de explanação teórica, debate coletivo e posterior avaliação qualitativa com grupos focais. O estudo surge como uma solicitação da 5ª Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul (5ª CRS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de uma cidade de porte médio do Rio Grande do Sul (RS) diretamente ao grupo de pesquisa dos autores deste manuscrito.

Em linhas gerais, o objetivo desta formação foi sensibilizar os profissionais de saúde participantes quanto às especificidades e aos cuidados psicossociais das populações negra, migrante e LGBTQIAPN+ nos dispositivos de saúde pública. A metodologia utilizada foram palestras expositivo-dialogadas com especialistas em estudos e pesquisas com as respectivas populações. Assim sendo,

organizou-se quatro módulos: humanização e escuta; população LGBTQIAPN+; população negra e população migrante. Os módulos tiveram duração de duas horas cada, totalizando oito horas de formação para os profissionais de saúde, os quais ocorreram nos meses de maio e junho de 2023. Além disso, foi proposto um último módulo somente para os gestores dos serviços de saúde, por meio da técnica de grupos focais, com a finalidade de compreender suas percepções sobre a formação e possíveis impactos em suas equipes e práticas de saúde. Este módulo também teve duração média de duas horas, qual foi conduzido em julho de 2023.

Este artigo deriva da análise qualitativa dos processos e dados coletados especificamente no último módulo da intervenção - os grupos focais com as gestoras, com objetivo de discutir a questão migratória e o escopo étnico-racial no cuidado em saúde. Tendo em vista que a temática saliente desses grupos focais foram os processos migratórios ao Brasil, sobretudo de pessoas venezuelanas, aqui analisamos as falas dos participantes que elucidam concepções, estereótipos, discursos e representações que organizam uma noção coletiva de “sujeito migrante venezuelano”, bem como as práticas de saúde e cuidado desenvolvidas por suas respectivas equipes de profissionais nas UBS para com esta população.

Em termos da operacionalização deste último módulo e encontro, iniciou-se pela explicação da proposta dos grupos focais e, após, os participantes foram divididos em dois grupos, cujas composições igualitárias foram sorteadas aleatoriamente (6 participantes por grupo focal). Optou-se por tal alternativa para um melhor aprofundamento das discussões, considerando o número de participantes. Quando já compostos os grupos, foi aplicado um questionário sociodemográfico aos participantes, e em seguida os grupos focais foram conduzidos simultaneamente, em salas separadas e reservadas, pelos pesquisadores que compõem a autoria deste artigo. Cada grupo foi gravado para posterior transcrição e análise.

Este estudo integra os resultados da tese de doutorado do primeiro autor, produzida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob a orientação do último autor. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana (IPSSCH) da UFRGS (CAAE nº

59079522.3.0000.5534) e pela Secretaria Municipal de Saúde do município da pesquisa (protocolo nº 599/2022). A pesquisa adotou todos princípios éticos preconizados pela Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tendo todos os participantes assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes das participações. Para garantir a confidencialidade dos participantes, menciona-se apenas o grupo focal em que as falas se originaram, sem referência aos profissionais.

Participantes

Participaram deste estudo 12 gestoras dos serviços de saúde do SUS de um município de médio porte do interior do Rio Grande do Sul (RS). Todas se entendiam como mulheres cisgênero, a maioria se identificava com a raça/cor branca (n = 11), era formada em enfermagem (n = 9) e possuía pós-graduação concluída (n = 9). Além disso, a maioria era responsável pela gerência de Unidades Básicas de Saúde na Atenção Básica (n = 10) da cidade, com o tempo de atuação nos respectivos serviços variando entre três e 26 anos (média de 14 anos).

Assim sendo, as participantes foram convidadas por conveniência (Creswell, 2021), já que o número de participantes esteve condicionado ao interesse dos próprios gestores e encaminhamento da 5ª CRS e pela SMS do município. O único critério de inclusão dos participantes foi ser responsável por algum serviço de saúde do SUS e assistência relacionada nos municípios serranos de abrangência da 5ª CRS, no momento da formação. Não foram estabelecidos critérios de exclusão, para abranger uma diversidade de participantes.

Em termos de contextualização do território, a cidade em que o estudo foi conduzido possui fortes tradições culturais hegemônicas, especialmente em termos da importância do trabalho, das configurações familiares e dos papéis de gênero (Manfio; Pierozan, 2019). Para além das resistências que a comunidade local apresenta com relação aos modos de existência que não se alinham às prerrogativas do saber hegemônico do território, constatou-se que os migrantes não europeus são colocados em posições subalternizadas em relação

aos migrantes descendentes de italianos (Gil et al., 2024; Gil; Lopes, 2024). Portanto, a população venezuelana é geralmente marginalizada, seja na forma como “o sujeito venezuelano” é interpretado, quanto na realidade social, por meio de suas ocupações laborais que comumente envolvem atividades manuais com diferentes níveis de insalubridade e periculosidade, como o trabalho em frigoríficos e de produção industrial.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico. Acessou os seguintes dados dos participantes: idade, profissão, nacionalidade, naturalidade, raça/etnia, identidade de gênero, estado civil, escolaridade, função e tempo de atenção no SUS, na Atenção Básica e no território/UBS atual.

Roteiro de grupo focal. Grupos focais são ferramentas de investigação utilizados quando se interessa pela interação de dados, os quais proporcionam insights, sendo menos acessíveis sem a interação de um grupo (Creswell, 2021). As discussões em grupo podem suscitar como as opiniões são geradas e, sobretudo, como são alteradas, defendidas e eliminadas no intercâmbio social-grupal. O roteiro dos grupos focais do estudo seguiu a proposta de perguntas, em que os participantes puderam falar livremente percepções a respeito das relações étnico-raciais e processos migratórios, bem como suas interações com as práticas de trabalho em seus campos de atuação.

Análise de dados

As transcrições dos grupos focais foram submetidas à análise temática, um formato de análise que tem sido amplamente utilizado em estudos qualitativos (Braun; Clarke, 2022). Esse método consiste na identificação, análise e relato de padrões, denominados temas, os quais representam o agrupamento desses padrões, que sintetizam conteúdos relevantes daquele conjunto de dados. Para a realização da análise temática, utiliza-se de seis estágios: (1) familiarização dos pesquisadores com os dados, por meio dos processos de transcrição, leituras exaustivas e interação com o material analisado; (2) geração dos códigos iniciais, em que é realizada uma primeira codificação

do material, atribuindo-se códigos baseados em características relevantes e interessantes dos dados para os objetivos do estudo; (3) busca por temas, em que os códigos são agrupados para a identificação de possíveis temas consistentes e relevantes para o estudo; (4) revisão dos temas, etapa que consiste na avaliação da coerência e de como os temas identificados até então operam em relação aos extratos codificados e em relação aos demais temas; (5) definição e nomeação dos temas, em que as especificidades dos temas são revisados, buscando encontrar um nome representativo de dos códigos e sentidos que ele agrupa; e (6) produção do manuscrito da análise, que envolve a descrição dos temas e conteúdos analisados, elegendo-se os melhores e mais representativos exemplos das falas que caracterizam cada tema.

Salienta-se que a análise temática realizada nesse estudo é de perspectiva indutiva, ou seja, não parte de nenhum tema pré-definido. Assim, todos os temas identificados foram organizados a partir dos próprios dados, visando responder ao objetivo do estudo (Braun; Clarke, 2022).

Resultados e discussão

Os resultados foram organizados em dois temas de análise: (1) concepções sobre o “sujeito migrante venezuelano” no Brasil; e (2) políticas, estratégias e práticas de saúde e cuidado com a população venezuelana.

Concepções sobre o “sujeito migrante venezuelano” no Brasil

As concepções acerca do sujeito venezuelano estão associadas categoricamente a marcadores de vulnerabilização. De início, a dimensão socioeconômica precária é a principal motivação migratória atribuída, já que a população venezuelana se encontraria em situação de extrema pobreza. Inclusive, essa concepção classista não está ligada apenas às novas condições que essa população se encontra agora no Brasil, mas que, ainda na Venezuela, já estariam em situações de escassez severa, a ponto de migrarem para um contexto como o brasileiro, que também foi criticado

pelos participantes. Neste sentido, os migrantes venezuelanos estariam: “*Fugindo de um país em guerra [...] Vêm sem lenço, sem documento*” (GF2). Tal condição parece exemplificar as concepções das gestoras acerca das condições experienciadas pelos venezuelanos ainda no seu próprio país, mas essa perspectiva se mantém em relação aos que já estão no Brasil: “*Toda sinaleira venezuelano pedindo com cartaz: ‘Sou venezuelano preciso comprar fraldas para minha filha’*” (GF2). Por isso, se surpreendem quando se deparam com um indivíduo que destoa dessa concepção, não marcado por tanta vulnerabilização. É como se não houvesse outra condição possível, que não precária, a ser atribuída a essa população migrante: “*Veio aqui [na UBS] uma venezuelana linda. Tu via que ela era uma pessoa diferenciada. Não era uma pessoa pobre, não. Era uma pessoa que lá provavelmente tinha uma condição*” (GF1).

A respeito da escolha do país destino e território, os profissionais atribuem a vinda dos venezuelanos por duas principais motivações: oportunidades de trabalho e condições de saúde. Ambas parecem ter implicações mútuas, já que os migrantes se deslocam para a cidade do estudo e, portanto, passam a acessar os dispositivos de saúde e “enchem” os serviços de demandas: “*Um [venezuelano] avisa: ‘Em [cidade do estudo] tem isso, tem aquilo, tem aquilo’. Aí eles vêm de longe pra cá, e acaba enchendo o Sistema Público Municipal*” (GF1). Sobre esse aspecto, há um destaque para a impossibilidade de acolher os migrantes, tendo em vista uma suposta falta de oferta de trabalho, algo que reforçaria sua condição de vulnerável: “*Eles vêm e a gente não tem uma oferta adequada ou ampliação da oferta. Não falando só de saúde, educação, serviço social. Eles vêm, talvez com a ideia de que vão ter um emprego. Daí eles chegam, eles não têm mão de obra qualificada. O que é que vai acontecer? Vão pra rua pedir*” (GF2). Por outro lado, alguns participantes também reconhecem que a vinda de migrantes tem impactos na economia brasileira, atribuindo-lhes alguma participação no avanço da região: “*Mas elas também fazem economia girar, elas aumentam também, né?*” (GF2).

Sabe-se que os processos migratórios podem implicar em vulnerabilizações escalonadas e sobrepostas, de ordens físicas, psíquicas,

socioeconômicas, ambientais, políticas e simbólicas (Prado; Araújo, 2019). Isso é potencializado quando a migração se configura em uma dimensão involuntária, isto é, um tipo de deslocamento mais associado ao campo da sobrevivência, do que do planejamento e desejo em migrar. Contudo, tratando-se do processo migratório venezuelano ao Brasil, pondera-se sobre algumas especificidades importantes a esse fenômeno. Embora haja uma lacuna de estudos na área, o estudo de Chagas, Modesto e Magalhães (2019) analisou as discursividades compartilhadas em diversos grupos de WhatsApp da extrema-direita e identificou uma concepção que também se associa a uma extrema escassez de recursos aos venezuelanos, a qual é utilizada como manobra política de pânico social sob a égide “o Brasil vai virar uma Venezuela”, caso o país passasse a ser liderado por partidos de esquerda na época (nas eleições de 2018 e 2022). Portanto, ao mesmo tempo em que se produz o discurso salvadorista de que os venezuelanos precisam “ser resgatados do comunismo”, também se nutre uma concepção de sujeitos empobrecidos, que afetarão negativamente a economia brasileira. Observa-se efeitos desse discurso nas falas das gestoras dos serviços, sugerindo que os migrantes venezuelanos viriam ao Brasil para “roubar nossos empregos” ou para morar nas ruas e sobreviver de doações (Chagas; Modesto; Magalhães, 2019). Tal fenômeno destoa de outro processo migratório intenso para a região, referente a população haitiana. Além de não carregarem essa conotação político-partidária, supostamente comunista, os migrantes haitianos se deslocaram para o Brasil por motivações que se relacionam aos efeitos dos desastres naturais e/ou conflitos civis que ocorreram em seu país (Gil; Pizzinato, 2023). Nesse aspecto, os impactos do racismo e xenofobia do território são sobressalentes na integração comunitária da população haitiana, uma vez que, por possuírem características fenotipicamente negra e retinta, são facilmente reconhecidos pela comunidade e, consequentemente, segregados por esse marcador étnico-racial.

Já no campo da saúde, no aspecto que os migrantes acessam os serviços do território, surgem constatações sobre as condições de saúde da população venezuelana, a qual, novamente,

converge para uma concepção vulnerável: “*Eles estão vindo com a sua condição de saúde muito debilitada*” (GF1). Os relatos descrevem desde condições de saúde que foram agravadas por uma falta de assistência a nível de atenção primária em saúde, como, também, situações de adoecimento por negligências que demandam atenção à nível terciário. Embora não haja indicadores de saúde oficiais disponíveis sobre a população venezuelana (Barreto et al., 2018), pode-se pensar sobre como o processo migratório está implicado com suas condições de saúde. Os migrantes venezuelanos são um coletivo que teve seus direitos em saúde negados pelo colapso do sistema e serviços de saúde de seu país de origem (Mazuera-Arias et al., 2019). Essa condição, associada a riscos e vulnerabilidades envolvidas nas características de seu processo migratório involuntário, produziu uma população que chega ao país com expressivas vulnerabilidades em saúde. Há algumas evidências de estudos epidemiológicos e qualitativos que reiteram essas proposições (Arruda-Barbosa; Sales; Souza, 2020; Barreto et al., 2018; Silva & Arruda-Barbosa, 2020), apontando que os migrantes venezuelanos procuram por atendimentos e tratamentos de condições de saúde não tratadas em seu país, e que demandam práticas e técnicas de densidade tecnológica de nível secundário e terciário do SUS. Esses dados corroboram com os nossos achados, na medida em que se constata que a atenção em saúde é um fator importante na escolha do Brasil como país destino para a população, em detrimento de outros países que possuem características identitárias, geográficas e linguísticas mais semelhantes aos venezuelanos, como a Colômbia.

Os atendimentos em saúde se constituíram enquanto o primeiro espaço em que os profissionais tiveram a oportunidade de ter contato com a população venezuelana. Tal questão suscitou distintas concepções sobre o sujeito venezuelano, que parece constituir um paradoxo ambivalente: ora são iguais, ora são diferentes da população brasileira-nativa, ou até mesmo de outras populações de migrantes. Esse argumento da não diferença, do não olhar para esses marcadores sociais, já configura uma forma de uma diferenciação, uma vez que absolutiza as diferenças e impede que

características particulares dessa população sejam consideradas tanto a nível de concepções sociais, quanto de práticas de saúde, contrariando, inclusive, o princípio de equidade do SUS (Barros; Souza, 2016). Ao mesmo tempo, há relatos de profissionais que parecem se aproximar de uma lógica da afirmação das diferenças, que se associam a um reconhecimento e valoração de características específicas: *“Essa narrativa de que as pessoas são iguais nunca vai existir, porque as pessoas são diferentes e elas sempre serão diferentes. E a gente tem que ter respeito”* (GF1).

No entanto, quando se trata das interações entre a comunidade brasileira com os venezuelanos, identifica-se a percepção de que essa população migrante deve se adaptar, em uma lógica assimilacionista e não integrativa: *“Eu acho que precisaria se trabalhar no sentido em que eles precisam se adaptar ao nosso país”* (GF2). Ou ainda, por vezes, a presença dos venezuelanos é percebida como uma ameaça, pois estariam usufruindo de um serviço ou lugar que não lhe pertence: *“Se tu alfabetizou uma criança na sua língua materna e depois tu querer que ela chegue no lugar dos nossos”* (GF1). Essa é uma diferenciação feita também em relação a migrantes de outras nacionalidades, como haitianos e senegaleses, em que esses migrantes parecem não gerar tanto incômodo, pois demonstram-se: *“mais agradecidos”* (GF2) ou *“tentam entender como funcionava o nosso sistema”* (GF2).

Além disso, observa-se haver um significativo desconhecimento dos profissionais sobre os direitos e deveres das pessoas em situação migratória: *“Eu tenho uma dúvida em relação a isso, quando essas pessoas vêm, elas ficam debaixo da mesma legislação brasileira?”* (GF1). Esse desconhecimento, somando ao juízo acerca das condições da população, pode acarretar percepções negativas acerca de seu processo migratório: *“Não sei se o Brasil abriu também a porta demais assim, de uma forma que eles chegarem de uma maneira que eles acham que eles têm mais direitos do que todos os demais”* (GF2). Esse fenômeno pode ter desdobramentos críticos, especialmente quando não há clareza sobre o direito do acesso universal ao SUS de qualquer pessoa em território nacional, independente se na condição de migrante ou não. Tal desconhecimento

de direitos pode constituir barreiras na oferta de serviço de saúde, bem como potencializar práticas verticalizadas e/ou discriminatórias com a população (Delamuta et al., 2020), as quais, na perspectiva dos participantes deste presente estudo, supostamente não teriam direito aos serviços de saúde. Da mesma forma, os próprios migrantes, também em condição de desconhecimento, podem se colocar em uma posição subalternizada por fantasias de serem “denunciados” ou “deportados” ao questionarem a figura de autoridade projetada no profissional de saúde, tendo assim seus direitos violados (Gil; Lopes, 2024). Diante disso, constatamos que há uma concepção vigente de um sujeito venezuelano que *“talvez não seja um cidadão de direitos”* no Brasil.

Nesse sentido, mesmo não envolvendo a nacionalidade venezuelana propriamente, mas por apresentar paralelos nas violações de direitos de pessoas em situação migratória, apresenta-se o estudo de Delamuta et al. (2020) que, ao investigar qualitativamente as experiências de profissionais de saúde da Atenção Básica com bengaleses, encontrou resultados semelhantes. Para além de práticas verticalizadas e posturas discriminatórias, os profissionais questionaram a obrigatoriedade do SUS em atender a população refugiada (Delamuta et al., 2020). Em outra oportunidade, por meio de um relato de experiência de uma interiorização de venezuelanos na mesma cidade do interior do RS, observamos outros entraves importantes dos serviços de saúde em atender a população (Gil et al., 2024). Por uma burocratização técnica na atualização do endereço do cartão SUS, os migrantes venezuelanos foram impedidos de acessarem a Atenção Básica por cerca de quatro meses, impossibilitando a retirada de medicamentos controlados e terem consultas de acompanhamento neste nível de atenção. Nesse sentido, cabe questionar que, além das relações assimétricas entre pessoas em condição migratória e os profissionais de saúde, essas dúvidas sobre os direitos ou posturas inflexíveis com a população marcam um grave atentado ao princípio da universalidade do SUS.

Além das concepções de vulnerabilidade, de (não) serem sujeitos diferentes ou de direitos, ainda emerge uma concepção interessante na narrativa discursiva dos grupos focais: a suposição de que os

migrantes venezuelanos têm o desejo de retornar a seu país: “*Mesmo sendo acolhidos, atendidos no país [Brasil], se tu perguntar o sonho deles é que modifique essa situação pra eles poderem voltar*” (GF1). Não se trata de invalidar a experiência dos profissionais com a população, entretanto, a formação discursiva dos grupos aponta para uma generalização dos interesses de um grande grupo migratório, a qual parece estar conectada com uma fantasia construída no senso comum (Chagas; Modesto; Magalhães, 2019). É como se, na concepção das gestoras e profissionais, a população venezuelana não pudesse querer permanecer e até mesmo pertencer ao país que decidiu migrar. Tal atribuição pode, inclusive, desvelar uma relativização da necessidade de adaptação e capacitação dos serviços e práticas em saúde para a população migrante, uma vez que o fenômeno é considerado, mesmo que parcialmente, transitório, pelas formações discursivas dos grupos focais.

Políticas, estratégias e práticas de saúde com a população venezuelana

As concepções do sujeito venezuelano, invariavelmente, impactam nas políticas, estratégias e práticas de saúde e cuidado dos gestores e profissionais para com a população venezuelana, seja direta ou indiretamente. Inicia-se a descrição deste tema a partir da apresentação de alguns desafios relatados pelas gestoras participantes dos grupos focais que, por vezes, se atravessam nos atendimentos em saúde, bem como estratégias utilizadas pelos participantes para lidar com tais desafios.

Um desafio sobressalente se configura como outra faceta da absolutização das diferenças, concepção apresentada no eixo temático anterior. Mesmo que considerados diferentes e vulneráveis, ainda assim, os venezuelanos, enquanto usuários dos dispositivos de saúde, são considerados “iguais” a qualquer outro usuário do SUS. Trata-se de algo que não implicaria em políticas ou práticas em saúde específicas para a população: “*Eu vejo de algum, pelo menos nas, na equipe que eu trabalho assim, não vejo diferenciação*” (GF1). Parece que uma possível diferenciação no tratamento soa para os profissionais com uma conotação de preferencialismo, e não de equidade em saúde. Além disso, importante ressaltar que,

embora não fazer diferenciação discriminatória com a população seja um aspecto importante, de outra forma, negar as diferenças inerentes a um processo migratório pode colocar em questão o princípio de equidade do SUS, comprometendo a integralidade do cuidado (Barros; Souza, 2016). E os migrantes venezuelanos, pelas próprias condições migratórias discutidas anteriormente, já se configuram enquanto um grupo que requer um olhar equitativo a essas especificidades.

As gestoras reproduzem esse paradoxo ao reconhecer que, mesmo que se parta do antigo pressuposto de igualdade, há diferenças nos atendimentos da população venezuelana. Os principais desafios reportados são justificados por vias do idioma e da comunicação entre venezuelanos e profissionais: “*E na saúde é mais difícil ainda, porque como que tu vai explicar o que tu tá sentindo dor de estômago. Dói isso, dói aquilo. É difícil*” (GF1). Por um lado, apreendeu-se algumas ponderações sobre essas diferenças dos idiomas, que se alinhavam a uma perspectiva mais solidária e de sensibilização pelas dificuldades enfrentadas no contexto: “*Nós [brasileiros] somos os únicos que falam português em toda América do Sul e Central. Nós somos acostumados a ouvir o espanhol. E eles não ouvem o português*” (GF1). Ao mesmo tempo, existe outra camada de relatos que descrevem resistência dos profissionais nos atendimentos a migrantes, sob novamente a prerrogativa da comunicação, mas que, ao se negarem em atender a população, explicitam diferentes níveis de discriminação e xenofobia. Nesses casos, imputou-se, inclusive, a responsabilidade unilateral aos migrantes em aprenderem a falar o português, em detrimento dos profissionais também se instrumentalizarem no idioma: “*Muitas vezes os profissionais se negavam a atender por não entender a língua [...] O pessoal dizia “Por que você veio pra cá? Por que que não aprende o português?”*” (GF1).

Os desafios de comunicação entre profissionais de saúde e população migrante é compreensível e frequentemente referido na literatura (Faqueti; Grisotti; Risson, 2020; Araújo et al., 2021). No entanto, chama a atenção que a responsabilização sobre essa comunicação é atribuída, sobretudo, à inabilidade de uma população reconhecidamente marcada, segundo a perspectiva dos entrevistados,

por vulnerabilidades. Essas contradições evidenciam a posição defensiva a partir da qual as equipes de saúde atuam, responsabilizando os migrantes por sua condição, bem como pela sua superação unilateral. Consequentemente, a responsabilidade do Estado, representado pelos serviços e profissionais, é omitida. Exemplos como esse reiteram a necessidade de uma perspectiva assistencial de saúde, em que apenas alguns possuem garantias (Paim, 2009), deve ainda ser superada e ser substituída por uma perspectiva de direitos.

Outro desafio importante se deu a nível do conhecimento do fluxo de serviços de saúde. Por se tratar de uma população que ao chegar no país desconhece os serviços e níveis de atenção do SUS, os profissionais precisam de um investimento de tempo maior para explicar questões que, na sua concepção, ao atenderem pacientes brasileiros-nativos, não precisavam se ocupar - aliadas às dificuldades burocráticas de possuir o cartão SUS para acesso a nível de Atenção Básica: *“Eles tinham dor nas costas e iam no serviço de urgência e emergência. Porque recém eles estavam chegando, não tinham o cartão do SUS, então tinham várias situações que impendiam o acesso na UBS”* (GF1). Ainda, há referência a não compreensão sobre filas ou ordem de atendimento, que pode gerar diversos conflitos: *“Mas eles chegaram e eles queriam passar na frente de todo mundo, porque tinham uma pessoa deles ali e acabou gerando o maior tumulto [...] A gente teve que chamar a guarda municipal”* (GF2).

Essas questões foram descritas como demandas emocionais desgastantes para os profissionais de saúde, já que os participantes relatam um desprendimento de energia e tempo maior para compreensão mútua: *“Então tem que ter uma paciência maior do que a gente já tá acostumado, com os migrantes mais ainda, porque muitas vezes eles não entendem”* (GF1). O desconhecimento de migrantes a respeito do fluxo do SUS, bem como seus respectivos impactos tanto no acesso aos serviços de saúde quanto na relação profissional-usuário, são fenômenos constatados na literatura (Martin; Inoue; Silveira, 2022). Tal questão, na verdade, denuncia a insuficiência de políticas públicas de integração da população migrante, as quais facilitariam o acesso ao SUS e, também, a disseminação das informações

sobre os processos e eventuais encaminhamentos para serviços de especialidades ou de maiores densidades tecnológicas.

Ainda, as gestoras reiteram que a presença de venezuelanos sobrecarrega os serviços: *“Aí parece que ta enchendo mais um serviço que já era difícil antes”* (GF2), podendo, assim, gerar disputas entre os migrantes e brasileiros: *“Está dividindo o pouco que se tinha ou o nada que estava sendo ofertado, né? Então é óbvio que essas falas ‘esse povo veio aqui tirar as nossas vagas’”* (GF2). Portanto, o serviço, que já era percebido como insuficiente, torna-se ainda mais sobrecarregado. Interessante notar que uma pergunta que ecoou nos grupos não se refere ao aprimoramento dos serviços, mas à falta de condições de receber migrantes: *“A gente tem condições de receber pessoas com tantas necessidades?”* (GF2). Ou seja, para os profissionais parece fazer mais sentido avaliar a possibilidade de não ofertar assistência aos migrantes, do que buscar estratégias para ampliação dos serviços de saúde.

Outro desafio destacado pelas gestoras refere-se ao que foi denominado como *“jeito que eles [venezuelanos] chegavam no serviço de saúde”* (GF2), referido como prepotente. Segundo alguns participantes, exigências feitas para atendimento e a reportada falta de compreensão dos fluxos dos serviços, por parte dos migrantes, produz um rechaço nas equipes de saúde: *“Eles querem tudo para ontem. Isso dificulta muito nosso processo de trabalho também. Porque acaba gerando conflito dentro da unidade. É desgastante para a equipe”* (GF2). As gestoras também veem como um desafio lidar com as resistências por parte das equipes, criadas por esses conflitos, que estigmatizam esses migrantes venezuelanos: *“Isso acaba criando um pré-conceito. Aí é difícil a gente desmistificar isso dentro da equipe, porque o comportamento que eles estão trazendo acaba dificultando o processo”* (GF2). Ainda que um profissional tenha reconhecido durante o grupo focal que alguns brasileiros também têm atitudes parecidas: *“São como nós, brasileiros... A gente tem brasileiros muito prepotentes também”* (GF2), parece haver um entendimento compartilhado de que é mais desafiador lidar com a suposta prepotência dos venezuelanos, em detrimento dos brasileiros-nativos. Pois, estes que estão sendo ajudados, desde

uma condição de vulneráveis, rapidamente são entendidos como arrogantes, caso não tenham as atitudes esperadas pela equipe: *“No início parece que houve uma empatia por parte da equipe, de recebê-los. ‘Aí tão vindo com dificuldade, vamos ajudar, não sei o que’. E daqui a pouco eles, sabem aquela fala, deu a mão que é o braço?”* (GF2).

Evidentemente que diferentes culturas possuem modos de existência particulares e, portanto, apresentam comportamentos e práticas ressoantes ao seu escopo cultural, no que tange às relações interpessoais e também seus processos de saúde (Laraia, 2020). No entanto, chama a atenção a disparidade nas reações dos profissionais quando se deparam com alguns comportamentos de migrantes que, como conscientemente referem, se assemelham tacitamente aos comportamentos dos brasileiros. Esses estranhamentos das gestoras marcam uma diferenciação que não se dá a nível da ação em si, mas dos sujeitos que a praticam. Isto é, uma concepção discriminatória do sujeito migrante, no caso, o sujeito venezuelano, a qual pode ser pensada a partir da lógica da xenofobia racializada (Faustino; Oliveira, 2021). Por sua vez, o conceito refere-se ao entrelaçamento e intersecção entre a xenofobia e o racismo contra migrantes lidos como não brancos pela população do território, algo que reverbera em uma aversão seletiva e desigualmente distribuída do estrangeiro no Brasil. Tal prerrogativa ultrapassa um crivo de discriminação puramente classista ou de preconceito intelectual, mas se pactua nos marcadores étnico-raciais e identitários dos migrantes atendidos nos dispositivos de saúde.

Dado esses desafios, identificou-se algumas estratégias de enfrentamento e práticas de saúde e cuidado nas narrativas dos grupos focais, as quais as categorizamos a nível público-político e interpessoal. A nível de política pública, as gestoras descrevem algumas ações necessárias. A primeira delas diz respeito ao aumento de estrutura e recursos para os serviços de saúde: *“Nós temos que ter esse aumento de oferta de serviços, porque sim, são pessoas a mais que têm, né?”* (GF2). Também referem a necessidade de avaliar quais as condições que os municípios têm de receber os migrantes: *“Uma rede de apoio que atue antes deles virem, para ver se há condições de receber, certo?”* (GF2). Essa afirmação contém uma sugestão

para avaliar a estrutura do município para atender os migrantes, mas como desfecho possível não os receber. Trata-se, portanto, de uma estratégia mais de ordem exclusória do que integrativa, ainda que não seja explicitamente apresentada com este teor.

Outra questão que emergiu nos dados é a importância dos mediadores interculturais, mesmo que não tenham essa atuação no território da cidade. Tal estratégia consiste na contratação, via serviços públicos, de pessoas das mesmas etnias-nacionalidades da população atendida, para auxiliarem na comunicação entre profissional de saúde e migrante: *“Os mediadores culturais auxiliam nessa questão da saúde, para fazer essa ponte, nas questões de idioma”* (GF1). As gestoras também identificam que ter profissionais de outros países também poderia ser uma estratégia interessante, uma vez que facilita a comunicação com os usuários venezuelanos: *“De ter pessoas de outras nacionalidades para o atendimento, inclusive médicos que se comunicam em espanhol, eles adoram”* (GF2). Destaca-se que, para além da questão da língua, ainda há outros recursos simbólico-culturais que são facilitados pela presença de mediadores culturais e profissionais que falem o idioma dos migrantes, como, por exemplo, as diferentes concepções e modos de existência que são facilitadas no momento dos atendimentos, e que se relacionam diretamente com a noção ampliada de saúde e bem-estar da população por vias de um cuidado culturalmente competente e sensível (Coutinho et al., 2022). Assim sendo, acredita-se que a inclusão de mediadores interculturais nos serviços de saúde pode garantir uma maior sensibilidade cultural nas intervenções desenvolvidas na comunidade, ampliando a promoção da saúde das populações migrantes. Contudo, as gestoras não referiram a necessidade de outras políticas públicas mais consistentes e específicas para a população, o que pode sugerir um não reconhecimento de sua importância.

Já em nível interpessoal, as estratégias são múltiplas. As participantes demonstraram ter uma preferência por eleger um profissional de referência para atender determinada população, sendo, no caso dos venezuelanos, uma pessoa que se comunique em espanhol: *“Vamos direcionar atendimento [dos venezuelanos] pra Fulana [profissional que fala espanhol] que daí ela se comunica”* (GF1). Pondera-se os possíveis efeitos dessa estratégia: embora

facilite para algumas equipes que dispõem desses profissionais, não é uma solução para os serviços de saúde que não contam com tal alternativa. Ainda, questiona-se em que medida esse posicionamento pode estar ligado a uma resistência dos gestores e equipe de lidarem com populações que os desafiam de diferentes formas, tal como os migrantes (Gil; Lopes, 2024). Portanto, a lógica de encaminhar para um profissional em específico poderia estar a serviço de um mecanismo mais de ordem evitativa dos profissionais (Onocko-Campos, 2014), do que inclusiva para com a população venezuelana.

Outras pequenas práticas em saúde são salientes nos grupos focais. Desde a adaptação da comunicação, a nível de evitar a utilização de termos técnicos para compreensão da população, até um movimento de se certificar que os migrantes compreenderam as orientações e informações apresentadas: *“Às vezes se tu perguntar ‘Tu entendeu?’, ele vai dizer que sim, mas na verdade ele não entendeu”* (GF1). Como uma forma de superar essas barreiras linguísticas, a gestora refere: *“[Estou] fazendo um cursinho de espanhol para entender um pouquinho mais”* (GF2). No entanto, não é possível saber se todos os profissionais estariam dispostos a fazer o mesmo. Uma forma de atenuar essas disparidades da comunicação é usar possíveis recursos internos e externos, como, por exemplo, a utilização de sinais, desenhos e cartazes dispostos nos serviços de saúde, os quais apresentariam informações tanto em português, quanto em espanhol. Algo que, inclusive, foi apontado enquanto um efeito da formação descrita neste material, que foi fornecida aos profissionais de saúde participantes: *“Mas acho que foi um reflexo também da participação nas capacitações. Elas fizeram um cartaz também na porta com as orientações pros pacientes da odontologia, em português e em espanhol”* (GF1). Embora essas estratégias a nível interpessoal possam parecer simplistas e banais, as gestoras referem que essas pequenas adaptações nos atendimentos impactam positivamente os venezuelanos: *“Então falei 2, 3 palavras ali no contexto em espanhol, e ele dizia, ‘Gracias, muchas gracias por hablar conmigo’. Ele entendeu que teve um espaço onde ele se sentiu acolhido”* (GF1).

Esse movimento adaptativo para práticas mais culturalmente sensíveis, isto é, práticas que considerem e validem os diferentes saberes e

processos em saúde, bem como os modos de existência das populações migrantes, impactam diretamente na relação profissional-usuário, na medida em que respeita, valida e integra diferentes culturas da população alvo no seu processo de promoção e recuperação de saúde (Amarante; Costa, 2012). Ainda, sabe-se que uma relação simétrica entre profissional-usuário promove a construção de vínculos entre serviços e comunidade, elemento imprescindível quando se pensa na integralidade e continuidade do cuidado no SUS (Caprara; Rodrigues, 2004). Portanto, sendo a Atenção Básica um nível de atenção que trabalha com tecnologias simplificadas de “fundo de quintal”, por serem leves e ao mesmo tempo complexas (Scliar, 2007), é imprescindível que os profissionais possam se atentar para uma adaptação tanto de suas práticas em saúde, quanto de suas técnicas relacionais com populações migrantes. Isso não isenta a importância de políticas públicas consistentes que, de fato, contemplem as necessidades específicas desses grupos marginalizados. Contudo, investidas destas ordens mais interpessoais podem promover um senso de presença e disponibilidade afetiva desses profissionais para com os migrantes venezuelanos (Gil et al., 2024), elementos que, além de serem importantes na construção do vínculo profissional-usuário, também podem proporcionar diferentes formas de acolhimento e pertencimento comunitário.

Considerações finais

O objetivo deste estudo foi analisar as concepções de gestoras dos serviços de saúde do SUS sobre o sujeito venezuelano, bem como as práticas de saúde e cuidado de suas respectivas equipes de profissionais com a população venezuelana, em um município do interior do Rio Grande do Sul (RS). Identificou-se que as concepções das gestoras apontaram para processos de vulnerabilização da população venezuelana em diferentes esferas, ao passo que indicou uma não diferença em relação aos brasileiros nos serviços de saúde. Constatou-se, também, que não há políticas públicas de saúde específicas para os migrantes venezuelanos na região, mas apenas ações a nível interpessoal dos profissionais dos serviços de saúde que, por não serem sistematizadas, podem comprometer o cuidado à população.

O estudo possui algumas limitações, já que a maioria das gestoras eram da Atenção Básica, bem como a restrição para uma região específica do país, uma cidade do interior do RS, o que demanda que os resultados sejam interpretados com cautela. Sugere-se que estudos futuros possam investigar essas concepções com gestores de outros níveis de atenção do SUS e de setores mais organizativos dos municípios. Entende-se que tais estudos possam lançar luz sobre essas concepções que colocam o sujeito migrante venezuelano em uma posição de vulnerabilização e marginalização, ao mesmo tempo que possibilita a construção de um conhecimento que sustente a elaboração de políticas públicas em saúde mais consistentes para atenuar as disparidades em saúde das populações migrantes.

Referências

- AMARANTE, P.; COSTA, A. M. (Org.). *A questão da diversidade no SUS*. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.
- ARAÚJO, T. N.; PESSALACIA, J. D. R.; BALDERRAMA, P.; RIBEIRO, A. A. Atenção à saúde de imigrantes haitianos em diferentes países na atualidade: revisão integrativa de literatura. *Reciis*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 249-267, 2021. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i1.2082>
- 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 & Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. e190730, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190730>
- BARRETO, T. M. A. C. et al. Vigilância epidemiológica e os processos migratórios: observações do caso dos venezuelanos em Roraima. In: BAENINGER, R.; SILVA, J. C. J. *Migrações Venezuelanas*. Campinas: Nepo/Unicamp, 2018, p. 372-380.
- BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 3-26, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 jul. 2024
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: Repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>
- CAREGNATO, R. C. A., & MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n.4, p.679-684, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>
- CHAGAS, V.; MODESTO, M.; MAGALHÃES, D. O Brasil vai virar Venezuela: Medo, memes e enquadramentos emocionais no WhatsApp pró-Bolsonaro. *Esferas*, Brasília, DF, v. 14, p. 1-17, 2019.
- COUTINHO, E. et al. Being an Obstetric Nurse and Intercultural Mediator in the interaction with migrant pregnant women. *New Trends in Qualitative Research*, [s. l.], v. 13, p. e731, 2022. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e731>
- CRESWELL, J. W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed, 2021.
- DELAMUTA, K. G. et al. Experiências de atendimento à saúde de imigrantes bengaleses entre trabalhadores da atenção primária à saúde no Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. 1-12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087019>
- FAUSTINO, D.; OLIVEIRA, L. Xenofobia ou xenofobia racializada? Problematicando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil. *REMHU*, Brasília, DF, v. 29, n.63, p. 193-210, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006312>
- FAQUETI, A.; GRISOTTI, M.; RISSON, A.P. Saúde de imigrantes haitianos: revisão de estudos

empíricos qualitativos. *Interface*, Botucatu, v. 24, e190311, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190311>

GIL, P. H. C.; LOPES, R. C. S. Desafios de profissionais no atendimento à diversidade de cuidadores de bebês na Atenção Básica. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador, v. 13, p. e5383, 2024. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5383>

GIL, P. H. C.; HONESKO, F. S. A.; COSTA, P. K. A.; PIZZINATO, A. Interiorização de coletivo venezuelano no sul do Brasil: Relato de experiência. *Revista da SPAGESP*, v. 24, p. 82-95, 2024.

GIL, P. H. C.; PIZZINATO, A. Análise psicossocial do processo migratório de haitianos(as) ao Brasil: uma perspectiva interseccional de raça-etnia, gênero e idade. *Revista interdisciplinar de Mobilidade Humana*, v. 31, p. 165-183, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006811>

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 5, p. 7-41, 1995.

LARAIA, R. B. *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

LIMA JUNIOR, L. P.; LIMA, K. C. O.; BERTOLOZZI, M. R.; FRANÇA, F. O. S. Vulnerabilidades de refugiados árabes na atenção primária à saúde: uma revisão de escopo. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 56, p. 15, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003691>

MANFIO, V.; PIEROZAN, V. L. Território, cultura e identidade dos colonizadores italianos no Rio Grande do Sul: uma análise da Serra Gaúcha e da Quarta Colônia. *GEOUSP - Espaço e Tempo*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 144-162, 2019.

MAZUERA-ARIAS, R.; ALBORNOZ-ARIAS, N.; CUBEROS, M. A.; VIVAS-GARCÍA, M. *Informe sobre la alimentación y el estado de salud de la diáspora venezolana. Realidades de quienes emigran por la frontera colombo-venezolana (11 al 21 de febrero de 2019)*. San Cristóbal: Servicio Jesuita a Refugiados, 2019. Disponível em: [https://www.migrante.org.br/wp-content/uploads/2019/04/Informe-sobre-la-alimentaci%C3%B3n-y-el-estado-salud-de-la-](https://www.migrante.org.br/wp-content/uploads/2019/04/Informe-sobre-la-alimentaci%C3%B3n-y-el-estado-salud-de-la-di%C3%A1spora-venezolana-2019-final.pdf)

[di%C3%A1spora-venezolana-2019-final.pdf](https://www.migrante.org.br/wp-content/uploads/2019/04/Informe-sobre-la-alimentaci%C3%A1spora-venezolana-2019-final.pdf). Acesso em: 3 set. 2024

MARTIN, D.; INOUE, S. R. V.; SILVEIRA, C. Atenção em saúde para migrantes internacionais em São Paulo, Brasil: Acesso e universalidade no contexto da pandemia de Covid-19. *Revista del CESLA*, [s. l.], v. 29, p. 49-68, 2022. DOI: <https://doi.org/10.36551/2081-1160.2022.29.49-68>

NETO, A. S. C.; OLIVEIRA, M. A. C. Saúde dos imigrantes venezuelanos: revisão de escopo. *Ciência Cuidado Saúde*, Maringá, v. 20, e56000, 2021. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.56000>

ONOCKO-CAMPOS, R. *Psicanálise & saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec, 2012.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM). *World Migration Report 2024*. Geneva: IOM, 2024. Disponível em: <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2024>. Acesso em: 11 jul. 2024

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

PRADO, M. A. M.; ARAÚJO, S. A. Políticas de atendimento a migrantes e refugiados no Brasil e aproximações da psicologia. *Psicologia Política*, [s. l.], v. 19, n. 46, p. 570-583, 2019.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *PHYSIS*, [s. l.], v. 17, n.1, p. 29-41, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>

SILVA, P. S.; ARRUDA-BARBOSA, L. Imigração de venezuelanos e desafios enfrentados por enfermeiros da atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 11, n. 2, p. 37-43, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3091>. Acesso em: 6 mar. 2025.

Contribuição dos autores

Pedro Henrique Gil, Georgius Esswein, João Weber, Marina Basotti e Adolfo Pizzinato contribuíram integralmente em todas as etapas da elaboração do artigo, que incluem concepção, planejamento, análise de dados e redação.

Submissão: 11/07/2024

Reapresentação: 10/09/2024

Aprovação: 21/10/2024